Aus dem Universitätsinstitut für gerichtliche Medizin und Kriminalistik, Breslau

Direktor: Prof. Dr. Gerhard Buhtz

Kunstfehler und Fahrlässigkeit beim Zahnarzt

unter besonderer Berücksichtigung der strafrechtlichen Seite

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades in der Zahnheilkunde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Edgar Wolko

1940

Druck: Lengericher Handelsdruckerei, Lengerich i. W.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät Breslau

Referent: Prof. Dr. Buhtz
Dekan: Prof. Dr. Gottron

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meiner lieben Mutter
und einem lieben Onkel!

Inhaltsübersicht.

A. Das Wesen des Dienst- und Werkvertrages.
B. Kunstfehler und Fahrlässigkeit
1. zivilrechtlich
2. strafrechtlich
a) Konservierende Zahnheilkunde.
b) Asepsis.
c) Extraktion.
d) Lokalanästhesie.
e) Prothetik.
f) Konservative Wurzelbehandlung.
g) Verschlucken und Aspirieren von Instrumenten.
h) Injektionskanülenbruch.
i) Narkose.
C. Schlußbemerkung.

Wer sich mit der Behandlung von Kranken und Krankheiten beruflich befaßt, läuft nicht selten Gefahr, wegen seiner Tätigkeit zivilrechtlich haftbar und strafrechtlich verantwortlich gemacht zu werden. Das gilt für den Zahnarzt ebenso wie für den Arzt und — mutatis mutandis — auch für die anderen Heilberufe.

Der Zahnarzt schließt mit dem Kranken einen Vertrag, der keiner besonderen Form bedarf, sondern schon dadurch zustande kommt, daß der Patient sich in die Behandlung des Zahnarztes begibt und dieser die Behandlung übernimmt. Dieser Vertrag kann entweder ein Dienstvertrag oder ein Werkvertrag sein. Es kommt dabei für die Entscheidung, welche von beiden Vertragsarten im Einzelfalle vorliegt, nur darauf an, um welche Behandlung es sich beim Patienten handelt. Jede der beiden Vertragsarten stellt sowohl an den Patienten als auch an den Zahnarzt verschiedene Anforderungen, d. h. sie bedingt andere Rechte und Pflichten.

Beim Dienstvertrag wird Leistung der zugesicherten Dienste verlangt. Der Zahnarzt verpflichtet sich also in diesem Falle nicht, ein bestimmtes Werk zu leisten, d. h. die Heilung des Kranken zu vollbringen, sondern seine Verpflichtung geht nur dahin, alles zu tun, was in seinen Kräften steht, um den Kranken zu heilen; gleichgültig, ob der erstrebte Erfolg erreicht wird oder nicht, hat der Zahnarzt seinen Vertragspflichten genügt, wenn er alles nach den Lehren der zahnärztlichen Wissenschaft Erforderliche getan hat, um dem Kranken zu helfen. Die zahnärztliche Beratung, Untersuchung und Behandlung fallen unter den Begriff des Dienstvertrages. Der zur Dienstleistung Verpflichtete, in diesem Falle also der Zahnarzt, hat die Dienste im Zweifel in Person zu leisten. Der Patient kann eine Überweisung an einen anderen Zahnarzt ablehnen, ebenso auch an einen Vertreter. Dagegen muß er sich entsprechend der Verkehrssitte die Dienste der Assistenten gefallen lassen, falls gegen deren Person keine berechtigten Bedenken bestehen.

Ein Ausschluß der Assistenten müßte gegebenenfalls besonders vereinbart werden. Der Zahnarzt selbst darf nur zuverlässige Assistenten und Vertreter wählen. Er ist für die ordnungsmäßige Erkundigung vor ihrer Anstellung verantwortlich. Für jedes Verschulden seiner Assistenten und Vertreter haftet er selbst. Ob die Haftung durch einen rechtsgültigen Vertrag ausgeschlossen werden kann, ist fraglich. (BGB. § 276, 278, 611—630.)

Vom Dienstvertrag unterscheidet sich der Werkvertrag dadurch, daß nicht die Tätigkeit als solche bezahlt wird, sondern ihr Ergebnis, das Ar-

beitsresultat, ein bestimmtes Werk, das vollständig und fehlerfrei sein muß. Beim Werkvertrag kommt es also auf den Erfolg der Arbeit an. Beim Zahnarzt liegt ein Werkvertrag nur dann vor, wenn er ausschließlich Zahnersatz angefertigt ohne Vor- oder Nachbehandlung. Erfolgt eine solche, so liegt ein sog. Mischvertrag vor. Überwiegt jedoch die zahnärztliche Behandlung im engeren Sinne, so liegt ein Dienstvertrag vor. Die Entscheidung erfolgt von Fall zu Fall. (BGB. § 631—651.)

In einem Urteil vom 23. Januar 1918 traf das Oberlandesgericht Hamburg folgende Unterscheidung zwischen einem Dienstvertrag und einem Werkvertrag:

„Die Unterscheidung zwischen Dienstvertrag und Werkvertrag ist im wesentlichen danach zu treffen, ob nach dem Willen der Vertragschließenden ein bestimmter herbeizuführender Erfolg, der den Gegenstand des Werkvertrages ausmacht, oder die Arbeitstätigkeit selbst den Vertragsgegenstand bildet. Auch beim Dienstvertrag wird ein Erfolg erstrebt, zu dessen Erreichung eben die Dienstleistung bestimmt ist." (Leipz. Z. 18, 949.)

Verschiedene hohe Gerichte haben anerkannt, daß bei der jetzigen Entwicklung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde die zahnärztliche Tätigkeit den übrigen Spezialfächern der Heilkunde gleichzustellen ist. Nach der Rechtsauffassung der Neuzeit wird also der Vertrag zwischen Patient und Zahnarzt auch in der Zahnheilkunde einschließlich der gesamten prothetischen Behandlung als Dienstvertrag und nicht als Werkvertrag angesehen. Im allgemeinen nehmen die Gerichte trotzdem für jeden Ersatz, auch den von Brücken, immer noch einen Werkvertrag an. Jedoch fallen Füllungen nach den Feststellungen Ritters immer unter den Dienstvertrag. (Ritter-Korn).

Es ist darauf hinzuweisen, daß der Vertragsabschluß mit dem Zahnarzt keiner besonderen Form bedarf; er kann mündlich, schriftlich oder telefonisch geschehen. Es genügt jede Bestellung. Die Annahme kann seitens des Zahnarztes stillschweigend sein.

Eine Vertragsverletzung des Zahnarztes kann darin liegen, daß er sich eines sogenannten Kunstfehlers schuldig macht. Der Begriff des Kunstfehlers ist heute noch nicht eindeutig festgelegt. Das Gesetz kennt das Wort und den Begriff nicht. Die Literatur, und zwar sowohl die medizinische als auch die juristische, und die Rechtsprechung geben kein einheitliches Bild. Ein Versuch, den Begriff historisch zu verfolgen, um hierdurch wesentliche Begriffsmerkmale zu erhalten, mißlingt. (König.)

Virchow definierte den Kunstfehler als Verstoß gegen die allgemein anerkannten Regeln der Heilkunst infolge des Mangels an gehöriger Aufmerksamkeit oder Vorsicht. Eine nähere Erklärung dessen, was unter „allgemein anerkannter Regel der Heilkunst" zu verstehen ist, wird von ihm nicht gegeben. Eine Reihe von Autoren, meist Mediziner, haben diese Definition Virchows übernommen. Die Definition läßt jedoch logische Klarheit vermissen. Gegen die Definition Kunstfehler gleich schuldhaftes Handeln gegen allgemein anerkannte Regeln ärztlicher Kunst sind verschiedene Einwendungen erhoben worden. König weist darauf hin, daß der Sinn und Zweck der Bildung des Begriffes Kunstfehler darin besteht, einen medizinischen Maßstab zu gewinnen, unabhängig von den verschiedenen Arten der Fahrlässigkeit und einer subjektiven Momenten allzu stark ausgesetzten Beurteilung der Fälle. Mittels dieses medizinischen Maßstabes sollte es gelingen, Fragen der ärztlichen Heilkunst unter dem Gesichtspunkte des Rechtes zu erfassen. Mit der Einführung des Momentes schuldhaften Handelns gegen allgemein anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst, d. h. des Momentes der Fahrlässigkeit in die Begriffsbestimmung ist dieser

Zweck gestört; erstens dadurch, daß der Begriff für das Zivilrecht und für das Strafrecht ein verschiedener ist und zweitens, daß der Gutachter sich nicht an verhältnismäßig leicht feststellbare medizinische Normen halten kann, sondern nur auf seine subjektive Überzeugung angewiesen ist.

König spricht sich deshalb für die Außerachtlassung der Fahrlässigkeit aus dem Begriff des Kunstfehlers aus.

E. Schmidt will in seinem Werk „Der Arzt im Strafrecht" den Ausdruck Kunstfehler im weitesten Sinne des Wortes auf jeden dem Arzt — und auch dem Zahnarzt — unterlaufenen Fehler angewandt wissen. Kunstfehler ist kein juristisches Werturteil, sondern lediglich die Bezeichnung für einen Sachverhalt. Es handelt sich also um eine Feststellung, daß in einem bestimmten Einzelfall medizinisch etwas geschehen ist, was vom ärztlichen Standpunkt aus unrichtig ist. Wie die Fehlerhaftigkeit ermittelt wird, ist nach Schmidt gleichgültig. Es besteht keine Notwendigkeit, das Sachverhaltsbild „Kunstfehler" willkürlich auf solche Fälle zu beschränken, in denen nachweislich allgemein anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaft verletzt sind. Ob ein Kunstfehler vorliegt, ist eine Frage rein medizinischer Art.

Die Richtigkeit und Sachgemäßheit stehen in Frage. Je eindeutiger die Meinungen in der medizinischen Wissenschaft übereinstimmen, umso geringer sind die Schwierigkeiten für die tatrichterliche Feststellung. Bei Gegensätzen der medizinischen Richtungen muß der Tatrichter entscheiden, welche der medizinischen Richtungen für den zu entscheidenden Fall im Hinblick auf die erwiesenen größeren Erfolgsaussichten Anerkennung beanspruchen darf und danach die Richtigkeit oder Fehlerhaftigkeit des zu beurteilenden Verfahrens beurteilen.

Der Einwand, es gebe keine anerkannten Regeln der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Wissenschaft, da das, was vor kurzem noch als einzig richtig und sachgemäß angesehen worden sei, heute auf Grund weitergehender Forschung als verfehlt bezeichnet werde, entbehrt nach Ebermayer der Berechtigung. Zwar ist es richtig, daß die Forschung immer weiter schreitet, daß sich eine bisher geübte Handlungsweise als falsch erweisen und an ihre Stelle eine andere treten kann. Solange noch Meinungsverschiedenheiten über eine Behandlungsart bestehen oder Zweifel an der Richtigkeit einer bisher geübten Behandlungsart auftauchen, wird man dem Arzt oder Zahnarzt, der sie noch oder nicht mehr anwendet, nicht den Vorwurf eines Verstoßes gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst und Wissenschaft machen können. Es gibt aber andererseits eine Reihe feststehender und allgemeiner Regeln, an die sich jeder gewissenhafte Arzt oder Zahnarzt zu halten hat, und über die er sich weder aus Unkenntnis noch aus Nachlässigkeit oder Eigensinn oder Eigenbrötelei hinwegsetzen kann.

Ebermeyer zitiert als Beweis dafür ein Urteil des 3. Zivilsenats des Reichsgerichts vom 18. 1. 1929. Es handelte sich in diesem Falle um einen an Syphilis Erkrankten, der sich in die Behandlung eines nach den Regeln des Naturheilverfahrens praktizierenden Arztes begeben hatte, der keine methodische Untersuchung vornahm und erst nach längerer Behandlung syphilitische Pusteln feststellte. Der Klage gegen den Arzt auf Schadensersatz wurde in drei Instanzen stattgegeben. In der Urteilsbegründung des Reichsgerichts heißt es: „Mochte der Arzt auch auf einem von der Schulmedizin abweichenden Standpunkt stehen, so mußte er sich doch vergegenwärtigen, daß nur eine geringe Minderheit der ärztlichen Theoretiker und Praktiker auf diesem Boden steht und daß die Methode der Schulmedizin sich auf diesem Gebiete im wesentlichen bewährt hatte. Deshalb durfte er an der herrschenden Meinung nicht vorbeigehen. Darin, daß er das getan

hat, liegt eine Fahrlässigkeit, die zu unvollständiger Erfassung der Krankheitsbilder, zu unrichtiger Behandlung, zur Verzögerung der Syphilisbehandlung und damit zur Schädigung des Kranken geführt hat. Er durfte seine eigene Methode höchstens dann anwenden, wenn sein Patient vollkommen darüber aufgeklärt und damit einverstanden war. Daraus daß der Kranke einen als Naturheilkundigen bekannten Arzt aufsuchte, ist keineswegs zu schließen, daß er bei entsprechender Belehrung eine nach den Grundsätzen der Schulmedizin erfolgende Untersuchung abgelehnt hätte."

Eine forensische Bedeutung erlangt ein Kunstfehler erst dann, wenn er zu einer Körperverletzung oder Tötung des Patienten geführt hat und evtl. zu einer Verminderung des vorhandenen Vermögens oder zum Entgang sicher zu erwartenden Gewinnes oder zu Nachteilen für den Erwerb und das Fortkommen des Geschädigten.

Zwischen dem Kunstfehler und dem Eintritt der angeführten Ereignisse muß allerdings ein ursächlicher Zusammenhang bestehen, d. h. der Körper- oder Vermögensschaden muß durch den Kunstfehler verursacht sein. Hier sei mir eine kurze Erläuterung rein juristischer Art gestattet:

Nach der Bedingungs- oder Äquivalenztheorie gilt im strafrechtlichen Sinne jede Handlung oder Unterlassung als Ursache, die nicht weggedacht werden kann, ohne daß dadurch der rechtswidrige Erfolg entfiele (conditio sine qua non). „Trifft dies zu, so hört die Ursache nicht auf, Ursache zu sein, wenn außer ihr noch andere Ursachen mehr oder weniger zur Herbeiführung des Erfolges beigetragen haben. Auf den Grad der Verursachung kommt es nicht an." (RGSt. 1 D 527/16.)

Danach sind also alle Bedingungen, die zu dem (schädigenden) Erfolge führen, gleichwertig. Völlig belanglos ist auch der Grad der Verursachung. Da hieraus, wie leicht einzusehen ist, sich unbegrenzte Schuldmöglichkeiten ergeben können, so wurde durch die Theorie der adäquaten Verursachung eine Begrenzung des Geschehens nach dem Gesichtspunkt der Häufigkeit und Wahrscheinlichkeit der Folgen, die diese Bedingungen nach sich ziehen, vorgenommen. Die Folgen sind den Bedingungen bzw. der Ursache angemessen, adäquat. Sie sind berechenbar und daher im engeren Sinne die Ursache für die Schädigung. (Nach Ebermeyer-Lobe-Rosenberg.)

Weiterhin muß der Zahnarzt schuldhaft gehandelt haben. Als Schuldform beim rechtswidrigen Kunstfehler kommt Vorsatz und Fahrlässigkeit in Betracht.

Daß ein Kranker vorsätzlich falsch behandelt wird, d. h. daß der Kranke mit Wissen und Willen durch falsche Behandlung geschädigt oder daß mit dieser Möglichkeit auch nur gerechnet wird, dürfte wohl sehr selten vorkommen. Meyer bringt allerdings drei Fälle vorsätzlicher Körperverletzung:

1) Der Vater des angeklagten Zahntechnikers K. war etwa 14 Tage vor Weihnachten in dem Geschäftslokal der 25jährigen Frau G. erschienen, um ihr Dekorationszweige anzubieten. Hierbei nahm er wahr, daß Frau G. Zahnschmerzen hatte. Er riet ihr, die Hilfe seines Sohnes in Anspruch zu nehmen, der ein sehr geübter Zahntechniker sei. Tags darauf erschienen Vater und Sohn im Geschäftslokal der Frau G. Der Sohn erbot sich, die Zähne zu untersuchen und nahm in einer Nebenstube einen Abdruck, auf Grund dessen er erklärte, 9 Zähne seien schlecht und müßten heraus. Ihr Ersatz würde 45 Mark kosten, also jeder Zahn 5 Mark. Als die Frau erwiderte, sie müßte erst mit ihrem Mann sprechen, stellte K. den Einkauf von Waren in Aussicht. Er ließ sich dann 5 Mark anzahlen und entnahm Waren auf Kredit von 45 Mark mit dem Bemerken: „So, das ist für die Zähne". Später wurden nochmals Waren im Werte von 45 Mark entnommen. Ein drit-

ter Versuch des K., sich noch für 30 Mark Waren ins Haus schicken zu lassen, mißlang, da sich die Frau nunmehr ablehnend verhielt. Um ihr Geld zu retten, begab sich die Patientin in das Atelier des Angeklagten. Sie wollte sich rechts 2 Zähne und links eine Wurzel ziehen lassen. Es wurde ihr ein Tuch über die Augen gelegt, das an beiden Seiten durch Vater und Sohn festgehalten wurde. Der letztere bespritzte aus einer Tube den ganzen Oberkiefer, um Unempfindlichkeit zu erzielen. Als die Patientin sich plötzlich der Lage bewußt wurde und erkannte, daß ihr gegen ihren Willen vier Vorderzähne gezogen seien, wehrte sie sich gegen das Ziehen des fünften, eines Eckzahnes, der dabei abbrach, unter dem Protestruf: „Sie ziehen mir ja die ganzen Vorderzähne aus!" Nachdem die starke Blutung durch Spülung beseitigt war, entfernte sich Frau G. und ließ den abgebrochenen Zahn später durch einen Zahnarzt entfernen. Dieser begutachtete, der Zahn sei gesund gewesen. Einen solchen gegen den Willen der Patientin zu ziehen, verstoße gegen die Berufspflicht. Professor G. begutachtete, wenn jemand einen Beruf erwähle und ausübe, dann müsse er ihn auch kennen und zu beurteilen wissen, ob ein Zahn gesund sei oder nicht. Zieht er einen gesunden Zahn ohne Einwilligung des Patienten, dann begehe er eine vorsätzliche Körperverletzung. Der als Entlastungszeuge geladene R. muß zugeben, daß Frau G. sich geäußert hatte: „Gott, Sie haben mir ja die Vorderzähne gezogen, ich wollte doch nur zwei gezogen haben". Die Mutter des Angeklagten habe die Patientin mit den Worten getröstet, daß die gezogenen Zähne auch krank gewesen seien. Sehr belastend ist die Aussage einer Zeugin, die sich vom Angeklagten nur zwei Zähne ziehen lassen wollte. Während ihr der Vater die Arme festhielt, wurden ihr gegen ihren Willen sechs Zähne gezogen und ihr erklärt, die übrigen vier seien auch krank gewesen. Der Angeklagte entschuldigte sein Verhalten damit, daß die Frau einverstanden war, sich eine Brücke zum Preise von 190 Mark herstellen zu lassen, nachdem vorher allerdings nur der Ersatz von neun Zähnen zu je 5 Mark besprochen war. Auch am Tage der Operation sei die Patientin einverstanden gewesen, sich fünf Zähne ziehen zu lassen. Den Eckzahn habe er auch für krank gehalten.

Der Amtsanwalt beantragte mit Rücksicht auf die Gemeingefährlichkeit der Handlungsweise des Angeklagten wegen vorsätzlicher Körperverletzung drei Wochen Gefängnis.

Der Gerichtshof fällte folgendes Urteil: Die Motive der Handlungsweise des Angeklagten seien sehr durchsichtig. Der Vater K. habe für seinen Sohn Patienten gesucht und sie in dessen Behandlung gebracht. Später sei dann eine höhere Summe berechnet worden, als ausbedungen war. Es sei ein ganz enormer Eingriff, jemandem gegen seinen Willen die Vorderzähne herauszunehmen und ihn dadurch zu entstellen. Ein solches Verhalten streife an § 224 StGB. Die Geschäftspraxis des Angeklagten sei auch durch die als Zeugin vernommene Patientin beleuchtet worden. Die Strafe sei deshalb noch höher bemessen worden, als beantragt sei. Ein Monat Gefängnis erschien wegen vorsätzlicher Körperverletzung angemessen.

2) Mehrere Fälle unerhörter Mißhandlung und Ausbeutung hilfloser Patienten durch einen Zahntechniker beschäftigten am 22. September 1910 das Schöffengericht in Halle. Auf der Anklagebank nahm der Zahntechniker K. Platz, der in Halle eine große Praxis besaß. Zu dem Zahntechniker kam seinerzeit eine Frau, um sich nach der von ihm angepriesenen „schmerzlosen" Methode einen Zahn ziehen zu lassen. K. machte ihr nicht nur eine, sondern eine ganze Reihe von Einspritzungen, obwohl die Frau wiederholt betonte, sie wollte nur einen Zahn gezogen haben. Während der Operation sank die Frau in Ohnmacht. Als sie erwachte, hatte ihr K. nicht

weniger als 14 Zähne ausgezogen. Warum er das getan, wurde der Bedauernswerten bald klar; er offerierte ihr ein Gebiß zum Preise von 98 Mark, das sie dringend brauche und veranlaßte die in ihrer Betäubung Willenlose, einen Bestellschein zu unterschreiben. Später verweigerte aber die Frau die Annahme des Gebisses, worauf K. sie verklagte. Jetzt erstattete die Frau Anzeige wegen vorsätzlicher Körperverletzung. Bei der Verhandlung sagten zwei Zeuginnen aus, auch ihnen habe der Techniker eigenmächtig mehr Zähne gezogen, als sie gewünscht hätten. Bei der einen Frau hörte er erst dann mit Zahnziehen auf, als der Unterkiefer brach. Unter furchtbaren Schmerzen begab sich die Mißhandelte in die Klinik, wo der Arzt eine „kolossale Verletzung" feststellte. Die Frau wird infolge dieser gewissenlosen Pfuscherei zeitlebens ein schmerzliches Übel behalten. Einer anderen Patientin zog K., obwohl die Frau sich nur die Zähne nachsehen lassen wollte, eigenmächtig wider ihren Willen sofort fünf Zähne. Als auch da der Kiefer brach, hörte er auf, erklärte aber in der Unterhaltung noch hochmütig, die Professoren in der Klinik seien „Stümper".

Der Gerichtshof erkannte auf sechs Monate Gefängnis. Es wurde in der Urteilsbegründung ausgeführt, daß K. lediglich um seine Patienten zu schröpfen, ihnen auch gesunde Zähne herausgerissen habe.

Der Zahnarzt muß bei pflichtgemäßer Aufmerksamkeit voraussehen können, daß sein Verhalten einen Schaden herbeiführen könne (Ebermeyer).

In diesem Zusammenhang ist noch von Wichtigkeit, daß die Haftung des Zahnarztes für Kunstfehler zivilrechtlich nicht nur auf Grund des mit dem Patienten geschlossenen Vertrages erfolgen kann, sondern auch aus Geschäftsführung ohne Auftrag und aus unerlaubter Handlung.

Von größter Wichtigkeit ist aber die strafrechtliche Verantwortlichkeit. Ein Zahnarzt, dem ein Kunstfehler unterläuft, der den Patienten an Leben oder Gesundheit schädigt, kann wegen fahrlässiger Tötung oder fahrlässiger Körperverletzung strafrechtlich verfolgt werden. § 222 RStGB. bestimmt, daß fahrlässige Tötung mit Gefängnis bestraft wird. Eine Begrenzung der Strafe ist laut Gesetz vom 2. April 1940 nicht mehr vorgenommen worden. Ebenso fällt der Zusatz der Straferhöhung bei Berufsvergehen nach der neuen Fassung fort. In dem § 230 RStGB. ist festgelegt, daß fahrlässige Körperverletzung mit Geldstrafe oder mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft wird. Auch hier fällt die Strafverschärfung (alter Gesetzesfassung) bei Berufsvergehen weg. (Reichsgesetzbl. 1, 606.)

„Die Verfolgung leichter vorsätzlicher sowie aller durch Fahrlässigkeit verursachter Körperverletzungen (§ 223, 230) tritt nur auf Antrag ein, es sei denn, daß die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten erachtet" (§ 232 Reichgesetzbl. 1, 606) (§ 232 RStGB.). Neben der Strafe kann der Verletzte für sich eine Buße bis zu 10000 RM. im Strafverfahren verlangen, wenn er nicht vorzieht, seine Schadenersatzforderung im Zivilprozeß einzuklagen. (§ 231 RStGB.)

Strafrechtlich ergibt der Fahrlässigkeitsbegriff zwei Momente:

1. Die pflichtwidrige Nichterkenntnis des vorhersehbaren Erfolges und
2. die Pflichtwidrigkeit der zu der Schädigung führenden inneren Motive.

Diese Doppelvoraussetzung ist nach Kohlrausch gerade für die Beurteilung ärztlichen Handelns besonders zu beachten. Auch das Reichsgericht hat in seiner Entscheidung vom 1. Dezember 1931 (RGSt. Bd. 67/12/18) in der Fahrlässigkeit die beiden Momente pflichtwidriger Nichtvoraussicht des vorhersehbaren Erfolges und pflichtwidrigen Gesamtverhaltens unterschieden.

Der Erfolg kann dem Angeklagten als durch Fahrlässigkeit verursacht nur zugerechnet werden,

1. wenn feststeht, daß er die Sorgfalt, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Kenntnissen und Fähigkeiten verpflichtet und imstande war, außeracht gelassen hat, und daß er infolgedessen entweder den Erfolg, den er bei der Anwendung der pflichtgemäßen Sorgfalt hätte voraussehen können, nicht vorausgesehen hat — unbewußte Fahrlässigkeit — oder den Eintritt des Erfolges zwar für möglich gehalten, aber darauf vertraut hat, er werde nicht eintreten — bewußte Fahrlässigkeit — (RGSt. Bd. 56, 343, 349, Bd. 58, 130, 134).
2. Wenn weiter feststeht, daß keine besonderen Umstände vorliegen, die ein anderes Verschulden trotz Voraussehbarkeit oder Voraussicht der Möglichkeit des tatsbestandsmäßigen Erfolges als nicht zumutbar erscheinen ließen (RGSt. Bd. 30, 25, Bd. 36, 78, Bd. 57, 172).

Diese allgemeinen begrifflichen Erörterungen muß man sich ständig vor Augen halten, wenn man feststellen will, ob einen Arzt oder Zahnarzt für einen ärztlichen Kunstfehler und den durch ihn rechtswidrig verursachten Körperverletzungs- oder Tötungserfolg der Vorwurf der Fahrlässigkeit treffen darf. (E. Schmidt.) Um diese Frage zu bejahen, muß man nach E. Schmidt stets folgendes feststellen können:

1. Beim Zahnarzt muß ein bestimmter Vorstellungsmangel gegeben sein, der darin besteht, daß er sich den Eintritt eines tatsbestandsmäßigen schädlichen Erfolges überhaupt nicht oder nicht mit der nötigen Sicherheit als Folge seines fehlerhaften ärztlich-medizinischen Verhaltens vorstellt.
2. Dieser Vorstellungsmangel muß einem rechtlichen Voraussichtsgebot zuwiderlaufen.
3. Der Zahnarzt muß subjektiv in der Lage gewesen sein, sich durch diese Voraussichtsgebote zur Gewinnung einer richtigen Vorstellung motivieren zu lassen.
4. Wenn alle bisher erwähnten Fahrlässigkeitsvoraussetzungen gegeben sind, so muß insgesamt im Hinblick auf den inneren Motivationshergang des Zahnarztes von einer Pflichtwidrigkeit seines Verhaltens gesprochen werden können.

Gesetzlich wird also nicht der Kunstfehler an und für sich bestraft, sondern nur das Verschulden, der Vorsatz oder die Fahrlässigkeit. Das Verschulden, und zwar sowohl der Vorsatz als auch die Fahrlässigkeit können entweder in einem Handeln oder in einem Unterlassen bzw. auch in beidem bestehen.

Fahrlässigkeit in der konservierenden Zahnheilkunde

dürfte in strafrechtlicher Hinsicht wohl weniger Bedeutung haben als in zivilrechtlicher. Jedoch kann es auch nach konservierenden Maßnahmen zu Gesundheitsschädigungen ja sogar zu Todesfällen kommen, die ein gerichtliches Verfahren nach sich ziehen.

Ritter und Korn berichten über den Fall eines englischen Zahnarztes, der auf die gangränös zerfallene Pulpa eines unteren Molaren ohne jegliche Vorbehandlung eine Füllung legte, wodurch es zu Fieber, Kieferklemme und heftigen Schmerzen kam, die den Kranken zwangen, ein Krankenhaus aufzusuchen. Das Gericht sah in diesem Vorgehen ein strafbares Verhalten des Zahnarztes und verurteilte ihn zu 40 £ Schadenersatz.

In einem anderen Falle hatte ein Zahntechniker die Kavität des periodontitischen Zahnes etwas ausgebohrt und weiße Guttapercha eingelegt. In wenigen Tagen entstand eine enorme Gesichtsschwellung mit starken

Schmerzen. Trotz zweier vorgenommener Operationen ging der Patient zugrunde. Die Anklage lautete auf fahrlässige Tötung durch Plombieren eines Zahnes. Der Zahntechniker erhielt eine 2 wöchentliche Gefängnisstrafe. (Landgerichtsurteil Karlsruhe, 1. Okt. 1898. Leipz. Z. 18. 959.)

Handelte es sich in diesen Fällen um eine Füllung, die ohne richtige Vorbehandlung auf eine zerfallende Pulpa gelegt wurde, ein Vorgehen, das in jedem Falle als eine Fahrlässigkeit gewertet werden muß und auch zur Verurteilung in beiden Fällen geführt hatte, so lag in einem von Lincke veröffentlichten Fall eine Perforation eines Zahnes vor. Der Dentist merkte hiervon nichts und behandelte den Zahn weiter, indem er ihn mit einer Arsenpaste ausfüllte. Einige Zeit darauf trat eine Knochenentzündung ein, die eine langwierige Behandlung erforderlich machte und zur Erhebung einer Klage wegen fahrlässiger Körperverletzung führte. Nach dem Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen war der Angeklagte insofern fahrlässig vorgegangen, als er die Einlage nicht durch eine feste Plombe verschloß und so das Hindurchsickern der ätzenden Flüssigkeit in die Mundhöhle verhinderte. Das Gericht sah entsprechend dem Gutachten des Sachverständigen in dem völlig unzureichenden Verschluß einen Kunstfehler und verurteilte den Dentisten zu 150 Mark Geldstrafe evtl. 15 Tage Gefängnis.

Parreidt berichtet über einen Fall, bei dem die Arsenpaste zur Abtötung des Nerven statt in die Zahnhöhle zwischen zwei Zähnen auf das Zahnfleisch gelegt wurde und dort 3 Tage liegenblieb. Dadurch kam es zu schweren Verletzungen und langdauernden starken Schmerzen. Es dauerte ein Vierteljahr, bis der geschädigte Patient wiederhergestellt war. Der Fall führte zu keiner gerichtlichen Verhandlung. Sicher wäre aber in einem solchen Falle eine Verurteilung des Operateurs wegen Fahrlässigkeit erfolgt.

Weitere Kunstfehler können sich in der konservierenden Zahnheilkunde dadurch ereignen, daß beim Füllen der Zähne Verletzungen durch Instrumente, wie Schleifräder, Sonden, Abspringen des Bohrers verursacht werden. Nicht immer wird es sich um eine Fahrlässigkeit des Zahnarztes handeln. Vielfach dürften üble Zufälle vorliegen, für deren Entstehung eine Fahrlässigkeit nicht in Betracht kommt. Manchmal ist auch ein unzweckmäßiges Verhalten des Patienten für so entstandene Verletzungen verantwortlich zu machen. Wichtig ist, daß evtl. gesetzte Weichteilverletzungen sofort erkannt und sachgemäß behandelt werden, will sich nicht andernfalls der Zahnarzt dem Vorwurf der Fahrlässigkeit aussetzen. Daß solche Verletzungen zu schweren Gesundheitsschädigungen führen können, zeigt ein von Ritter und Korn mitgeteilter Fall. Einem angesehenen Zahnarzt passierte es, daß beim Ausbohren eines Zahnes der Bohrer in die Unterzungendrüse glitt; wenige Stunden darauf schwoll der Mundboden beträchtlich an, Schüttelfröste stellten sich ein; es mußte eine eingreifende Operation gemacht werden und die Patientin schwebte einige Tage in Lebensgefahr. Zu einem gerichtlichen Verfahren kam es aber nicht.

Verstöße gegen die Asepsis.

Wenn auch beim Arbeiten in der Mundhöhle in keinem Falle von einer Asepsis im strengen Sinne gesprochen werden kann, so muß doch der Arzt die allgemein in der Chirurgie geltenden Forderungen über Desinfektion der Instrumente und der Hände erfüllen. Allerdings muß ihm mit Rücksicht auf die besonders gelagerten Verhältnisse in der Mundhöhle mit ihrer

vielgestaltigen Bakterienflora, unter der sich auch pathogene Keime befinden können, ein größerer Spielraum für die Ausführung der Desinfektion zugebilligt bleiben, welcher unter Umständen schon durch peinlichste Sauberkeit genügt wird. Am besten tut der Zahnarzt allerdings, wenn er alle kochbaren Instrumente durch Kochen sterilisiert, ein Verfahren, das allein Gewähr dafür bietet, daß eine Übertragung von Infektionskeimen vermieden wird.

Absolut zu fordern ist dieses Vorgehen bei Vorliegen von Infektionskrankheiten, insbesondere Syphilis. Die Gefahr der Übertragung einer Syphilis von einem Kranken auf einen Gesunden durch unsterile Instrumente ist nicht gering einzuschätzen, und es dürfte dem Zahnarzt als Fahrlässigkeit angerechnet werden, wenn er in einem solchen Falle eine peinliche Sterilisation der Instrumente durch Kochen unterlassen würde. (Ritter-Korn, Volz.)

Ritter und Korn erwähnen als Beispiel folgenden Fall: Eine junge ganz gesunde Dame aus „bester Familie" begab sich einige Wochen vor der festgesetzten Hochzeit in zahnärztliche Behandlung und zeigte einige Zeit darauf eine deutliche syphilitische Primäraffektion im Munde. Alle näheren Umstände sprachen mit großer Wahrscheinlichkeit für eine Infektion durch zahnärztliche Instrumente, vor allem auch die Lage der syphilitischen Affektion an der Backenschleimhaut gegenüber dem zweiten Mahlzahn.

Auch Amoedo bringt eine Reihe Beispiele von Infektionsübertragungen durch den Zahnarzt. So zitiert er einen von Dulles berichteten Fall: Ein Zimmermädchen bemerkte das Entstehen eines Lippenschankers 2 Wochen nachdem es sich einen Zahn hatte ziehen lassen. Der Zahnarzt hatte dabei die Weichteile der Umgebung verletzt. Da eine andere Ansteckungsquelle fehlte, wurde der Zahnarzt beschuldigt, die Infektion vermittelt zu haben.

Weiter führt er einen von Parker mitgeteilten Fall an, in dem eine ganze Familie infolge einer Zahnextraktion syphilitisch angesteckt wurde, und einen anderen von Lancereaux mitgeteilten, bei dem sich eine Frau gelegentlich einer Extraktion und einer Füllung einen Schanker der Unterlippe akquirierte.

Bei diesen Literaturangaben ist allerdings nicht ersichtlich, ob die syphilitischen Ansteckungen nicht auch auf andere Ursachen zurückgeführt werden könnten. Fälle von Syphilisübertragungen nach zahnärztlichen Eingriffen sind jedoch leider keine Seltenheit. Ritter erwähnt solche in seinem Lehrbuch über Mundkrankheiten und auch Miller bringt in seinem Aufsatz im Dental Cosmos im Jahre 1891 (nach Amoedo) mehrere Fälle.

Nicht minder häufig sind unspezifische Infektionen mit Eitererregern durch unsaubere Instrumente. In dem zitierten Artikel von Miller bringt dieser nach Angaben von Amoedo 40 Fälle von Infektionen im Anschluß an Zahnextraktionen oder Füllungen. In der Hälfte dieser Fälle kam es zum tödlichen Ausgang. Besonders wichtig ist auch die Desinfektion der Zahnreinigungsinstrumente, weil, worauf Ritter und Korn hinweisen, beim Reinigen der Zähne vom Zahnstein mit den bekannten spitzen Instrumenten sehr leicht Verletzungen des Zahnfleisches entstehen können oder durch den Druck der Instrumente gingivale Blutungen verursacht werden.

Vielfach, ja vielleicht in den meisten Fällen, wird es allerdings mit Rücksicht auf die besonders gearteten Verhältnisse in der Mundhöhle, auf die bereits hingewiesen wurde, kaum möglich sein, die Fahrlässigkeit des Zahnarztes bei der Entstehung einer unspezifischen Infektion einwandfrei nachzuweisen. Das Gleiche gilt auch für die nach Injektionen (Lokalanästhesie, medikamentöse Injektionen) auftretenden Infektionen. Die Frage, auf welche Weise eine einwandfreie Sterilisation der Injektionsspritzen

zu erfolgen hat, ist gerade in letzter Zeit anläßlich eines Falles von Gasbrandinfektion nach einer Injektion in einer Klinik Gegenstand lebhaften Meinungsaustausches geworden. (Jungmichel, Kirschner und Habs.) Es wurde dabei teilweise betont, daß die bloße Aufbewahrung der Spritzen in hochprozentigem Alkohol für eine Sterilisation als ungenügend angesehen werden muß. Die resistenten Sporen der Gasbrandbazillen und ebenso auch der Tetanusbazillen werden auch durch hochprozentigen Alkohol bei längerer Einwirkung nicht abgetötet, sondern bewahren in ihm ihre volle Lebensfähigkeit und können bei Übertragung gelegentlich einer Injektion tödliche Erkrankungen hervorrufen, wie experimentelle Untersuchungen gezeigt haben. Gasbrandinfektionen und Tetanusinfektionen sind leider in einer nicht geringen Anzahl von Fällen durch Injektionen von Arzneimitteln verursacht worden. Wanke und neuerdings Junghans haben die Fälle von Gasbrand nach Injektionen von Medikamenten zusammengestellt und Knorr hat das Gleiche für Tetanusinfektionen getan. In den meisten, ja fast allen Fällen ist es allerdings nicht möglich gewesen festzustellen, auf welche Weise die Übertragung der genannten Infektionen durch die Injektion erfolgt ist. In dem von Jungmichel, Kirschner und Habs erwähnten neuesten Fall von Gasbrandinfektion nach Injektion wurde das gegen den Assistenzarzt des Krankenhauses angestrengte Verfahren auf Grund der Gutachten der Sachverständigen eingestellt, die sich dahingehend äußerten, daß die Kenntnis von der unzureichenden Desinfektionswirkung hochprozentigen Alkohols gegenüber den Gasbrand- und Tetanussporen in der heutigen Ärztegeneration (und das Gleiche dürfte auch für Zahnärzte gelten) noch wenig verbreitet ist, so daß man ehe sie Allgemeingut der Ärzteschaft geworden sind, in der Anwendung dieser Desinfektionsmethode keine Fahrlässigkeit erblicken kann.

Als einzig sichere Methode sehen die genannten Autoren und mit diesen übereinstimmend wohl auch alle anderen ein Auskochen der Spritzen und Injektionskanülen an, das vor jeder Injektion neu zu erfolgen hat. Es dürfte deshalb in Zukunft damit zu rechnen sein, daß ein Unterlassen des Auskochens von Injektionsspritzen und -kanülen und ihre bloße Aufbewahrung in hochprozentigem Alkohol oder einer anderen Desinfektionsflüssigkeit beim Zustandekommen einer nachweisbaren Infektion dem Zahnarzt als Fahrlässigkeit gedeutet wird.

Zeißler weist mit Recht darauf hin, daß der Frage der Sterilität von Injektionslösungen eine nicht geringere Bedeutung zukommt als der der Injektionsspritzen und -kanülen. Bei Verwendung von Lösungen, die in Ampullen von einwandfreien Fabriken bezogen werden, wird dem Zahnarzt wohl kaum jemals beim Zustandekommen einer Infektion, falls diese auf den unsterilen Inhalt einer solchen Ampulle zurückgeführt werden kann, der Vorwurf der Fahrlässigkeit treffen können. Anders verhält es sich, wenn die Lösungen vom Zahnarzt selbst hergestellt werden oder ihre Verschreibung nicht in fertigen, sterilen Ampullen erfolgt, sondern in anderen Gefäßen. Mögen die Lösungen auch zur Zeit ihrer Lieferung durch die Apotheke einwandfrei steril sein, so wird sich jedoch die Sterilität schwerlich für längere Zeit aufrechterhalten lassen, wenn das Gefäß mehrmals geöffnet und sein Inhalt zu wiederholten Malen Verwendung findet. Das gilt auch beim Gebrauch von Gummikappen, die mit der Injektionsnadel zwecks Entnahme des Gefäßinhalts durchstochen werden müssen. Auch hier ist keine Gewähr gegeben, daß im Laufe der Zeit durch die wiederholten Manipulationen Infektionskeime von der Oberfläche der Kappen in den Gefäßinhalt übertragen werden. Zeißler tritt deshalb dafür ein, daß, falls kein Gebrauch von Ampullen gemacht wird, die zu injizierenden

Lösungen stets nur in solcher Menge verschrieben werden sollen, daß sie sofort aufgebraucht werden. Die sicherste Methode ist nach W. Meyer immer noch die jeweils frische Zubereitung der Lösung im Seidelschen Novocaingefäß. (Port-Euler.)

Kunstfehler bei Zahnextraktionen.

Soll eine Zahnentfernung vorgenommen werden, so muß sie hinreichend begründet sein. Diagnostische Irrtümer können Kunstfehler sein, wenn die Diagnose leichtfertig gestellt und ohne Abwägung aller dafür oder dagegen sprechenden Gründe zur Zange gegriffen wird. Dem Zahnarzt muß die Entscheidung freigestellt bleiben, welche Fälle er zur Füllung und welche er zur Extraktion vorschlägt. Er ist aber in jedem Falle verpflichtet, nach bestem Wissen und Gewissen den vorliegenden Fall auf Grund seiner wissenschaftlichen Ausbildung zu behandeln (Ritter-Korn). Dem Zahnarzt, der eine Extraktion wissenschaftlich begründen kann, darf man nie den Vorwurf einer Fahrlässigkeit machen. Einige Beispiele, die die Bedeutung diagnostischer Irrtümer illustrieren sollen, seien angeführt.

Ritter und Korn berichten über einen von Haagen mitgeteilten Fall, in welchem einem jungen Manne, der aus einer Malariagegend in Italien stammte, infolge falscher Diagnose wegen Zahnschmerzen sämtliche Zähne in kurzer Zeit ausgezogen wurden.

Volz berichtet über einen 40 Jahre alten Mann, der wegen starker Schmerzen im linken Oberkiefer einen Arzt konsultierte. Dieser veranlaßte, daß ein Dentist zwei gesunde Zähne anbohrte und die Pulpa abtötete. Da dies nichts half, schritt man zur Extraktion, die aber keinen Erfolg brachte. Ein anderer Arzt, den der Patient wegen der weiter bestehenden starken Schmerzen aufsuchte, stellte die richtige Diagnose einer Trigeminusneuralgie. Mit Recht bemerkt Volz, daß in diesem Falle ein grober Kunstfehler des ersten Arztes vorlag, der aus Unkenntnis oder Leichtfertigkeit eine Zahnextraktion veranlaßte.

Ritter und Korn erwähnen einen von Placzek mitgeteilten Fall, in dem einem an Gehirnsyphilis leidenden Patienten wegen bohrender Kieferschmerzen von einem Zahnarzt mehrere gesunde Zähne, natürlich erfolglos, gezogen wurden.

Die gleichen Autoren führen als Beispiel folgenden Fall an:

Zu einem jungen Zahnarzt kommt ein Kranker mit einer Stomatitis mercurialis und heftigen Zahnschmerzen. Der Hauptschmerz konzentrierte sich auf den unteren Weisheitszahn rechterseits, dessen ganze Umgebung bis zum aufsteigenden Aste entzündlich geschwollen war; dabei fötider Geruch aus dem Munde und Wackeln mehrerer Zähne. Der Arzt erklärte dem Patienten, daß er sich vier Zähne ziehen lassen müsse. Nunmehr geht derselbe zu seinem behandelnden praktischen Arzt zurück, und dieser schickt ihn zu einem anderen Zahnarzt. Die Untersuchung ergibt, daß sämtliche Zähne, bis auf einige Stellen mit ganz geringer Karies, gesund sind. Unter örtlicher Zahnfleischbehandlung und Spülungen mit Kalium chloricum ging nach einigen Tagen der entzündliche Prozeß zurück, die kleinen kariösen Stellen wurden später gefüllt; der junge Mann ist heute im vollen Besitz seiner Zähne. Es ist zweifellos, daß trotz des starken Wackelns der Zähne zur Zeit der ersten Konsultation des Arztes die Entfernung der vier Zähne falsch gewesen wäre.

In diesen und ähnlichen Fällen wird dem Zahnarzt mit Recht im Falle einer gerichtlichen Verhandlung der Vorwurf einer Fahrlässigkeit zu machen sein.

Diagnostische Irrtümer bei Operationen und Extraktionen wegen Stellungsanomalien werden, worauf Ritter und Korn hinweisen, wohl kaum Veranlassung zu einem gerichtlichen Verfahren geben, wenn nicht ganz kardinale Verstöße gegen feststehende Regeln der zahnärztlichen Wissenschaft vorliegen.

Veranlassung zur Prüfung der Frage auf Vorliegen von Fahrlässigkeit kann auch die Extraktion eines gesunden anstelle eines kranken Zahnes geben. Solche Fälle kommen nicht allzu selten vor.

Williger veröffentlicht ein Gutachten, in dem es heißt: „Der beklagte Zahnarzt hat, als er bei der Ehefrau des Klägers einen kranken oberen Weisheitszahn ausziehen wollte, den davorstehenden zweiten Molaren gefaßt und ihn abgebrochen. Damit hat er ganz unzweifelhaft gegen die anerkannten Regeln der zahnärztlichen Kunst verstoßen. Es muß zugegeben werden, daß es nicht leicht ist, einen oberen Weisheitszahn richtig zu fassen, wenn er, wie in diesem Fall, eine regelwidrige Stellung einnimmt. Von einem Zahnarzt kann man aber verlangen, daß er solche Schwierigkeiten zu überwinden weiß, wenn er sich überhaupt zu einem solchen Eingriff entschließt. Der Umstand, daß der Beklagte einen falschen Zahn faßte und diesen noch dazu abbrach, beweist, daß er planlos und ohne Überlegung bei dem Eingriff vorgegangen ist."

Port bringt auch zwei Fälle, bei denen anstatt eines kranken ein gesunder Zahn entfernt wurde:

Ein Dienstmädchen kam zu einer Dentistin, um sich einen schmerzenden Zahn schmerzlos ziehen zu lassen. Die Dentistin veranlaßte das Nötige, setzte die Zange an, und — um einen gesunden Zahn erleichtert stand das Dienstmädchen vom Stuhle auf. Da die Dentistin der Patientin die Schuld an dem Mißlingen der Operation zuschob und die Herausgabe des gezahlten Honorars verweigerte, klagte das Dienstmädchen. Beide Parteien gaben völlig abweichende Darstellungen des Vorganges. Die Dentistin erklärte, das Dienstmädchen sei ihr, noch ehe sie die Zange um den erkrankten Zahn völlig habe schließen können, mit einer impulsiven Bewegung in die Arme gefallen. Die Zange wäre daraufhin zum nächsten, einem gesunden Zahn weitergeglitten, ein kurzer Ruck beförderte ihn heraus. Seitens des Dienstmädchens wurden diese Angaben bestritten. Die Dentistin könne ihrer Meinung nach nur aus Versehen einen gesunden Zahn gezogen haben. Auch die Sachverständigen hielten ein Mißlingen der Operation, wie es die Dentistin schilderte, für unwahrscheinlich, wenn nicht ausgeschlossen. Als Nebenklägerin forderte das Mädchen die Rückzahlung des Honorars und die Kosten zum Einsetzen eines Zahnes, insgesamt 15 Mark. Das Gericht hielt es für erwiesen, daß die Angeklagte damals nicht die nötige Vorsicht angewendet und daher den falschen Zahn erfaßt habe. Es wurde auf 20 RM. Geldstrafe und 15 RM. Buße erkannt.

Ein Zahntechniker hatte einen gesunden statt des kranken Zahnes extrahiert, darauf frakturierte er nach fünfmaligen Versuchen noch den kranken Zahn. Der Zahntechniker erbot sich tags darauf, den kranken Zahn kostenlos zu extrahieren und einen künstlichen Zahn gratis zu machen. Dies verweigerte die Patientin und stellte Klage wegen fahrlässiger Körperverletzung. Der Angeklagte suchte die Sache so darzustellen, als ob er nur der Weisung der Patientin gefolgt sei, als er den ersten Zahn, der nach seiner Behauptung auch etwas kariös gewesen sei, gezogen habe. Der Staatsanwalt beantragte 100 RM. Geldstrafe, eventuell 20 Tage Gefängnis. Der Gerichtshof erkannte auf 30 RM. Geldstrafe, eventuell 6 Tage Gefängnis.

Port führt auch noch als Illustration dessen, wie leicht aus Fahrlässigkeit trotz genauer Bezeichnung des erkrankten Zahnes an dessen Stelle ein gesunder gezogen werden kann, ein Erlebnis an, das er in einem Kurse erlebt hatte. Obwohl der erkrankte Zahn genau festgestellt war, zog der Praktikant, der mit der Entfernung desselben beauftragt wurde und der approbierter Arzt war, statt des erkrankten Zahnes einen gesunden Nachbarzahn.

Nicht immer braucht aber, worauf Port sowie Euler, Ritter und Korn hinweisen, bei Extraktion eines gesunden Zahnes Fahrlässigkeit vorzuliegen. Unruhiges Verhalten der Patienten kann unter Umständen als Entlastungsmoment angesehen werden. Auch kommen Fälle vor, da mehrere Zähne erkrankt sind und die Angaben des Patienten durch ihre Ungenauigkeit den Zahnarzt irreleiten können. Tritt, worauf Port hinweist, nach Entfernung des Zahnes eine Beseitigung der Schmerzen nicht ein und wird von Seiten des Patienten dem Zahnarzt der Vorwurf gemacht, er hätte die Diagnose nicht richtig gestellt und den falschen Zahn extrahiert, so wird man in Betracht ziehen müssen, daß auch der tüchtigste Zahnarzt gegen diagnostische Irrtümer nicht gefeit ist und eine Fahrlässigkeit ablehnen.

In seltenen Fällen kann es sich ereignen, daß bei der Extraktion eines Milchmolaren der Zahnkeim des Bikuspidaten mit entfernt wird. Fast stets handelt es sich dabei um untere Milchmolaren und vorwiegend pathologische Veränderungen in der Umgebung des Zahnkeimes. Man wird also bei solchen Zufällen dem Zahnarzt in Übereinstimmung mit der Ansicht Ports keine Fahrlässigkeit beimessen können. Anders liegt die Sache, wenn pathologische Veränderungen fehlen. Unter normalen Verhältnissen kann ein solches Ereignis nur bei übermäßig tiefem Zufassen mit der Zange oder durch unvorsichtiges Herumarbeiten an Wurzelresten mit dem Hebel eintreten und fällt dann natürlich dem Zahnarzt zur Last.

Bei der Extraktion von Zähnen kann es auch vorkommen, daß ein gesunder Nachbarzahn mit luxiert wird. Bei sofortiger Reposition heilt der luxierte Zahn wieder ein, und das Ereignis dürfte kaum von irgendwelcher Bedeutung für den Patienten sein. Auch eine Fraktur eines benachbarten Zahnes kann bei einer Extraktion vorkommen. Am häufigsten sind diese Ereignisse bei Extraktionen mit dem Schlüssel beobachtet worden. Da der Schlüssel heut fast ganz durch die viel zweckmäßigeren Zangen ersetzt wird, so sind solche Ereignisse heute im Vergleich zu früher sehr selten. Es braucht durchaus nicht eine Fahrlässigkeit des Zahnarztes zu sein, wenn ein Zahn frakturiert. Oft ist ein unruhiges und unbesonnenes Verhalten des Patienten für solche Ereignisse mindestens teilweise verantwortlich zu machen. Nach Port ist jedoch die Anwendung des Schlüssels an sich nicht als Kunstfehler anzusehen. Für die allerneueste Zeit dürfte diese Ansicht auch noch Gültigkeit besitzen, solange der Schlüssel im Klinikbetriebe angewendet wird.

Aber nicht nur Verletzungen benachbarter Zähne können als Zwischenfälle bei Extraktionen vorkommen. Auch Kieferverletzungen sind beobachtet worden.

Euler unterscheidet zwischen Frakturen am Alveolarfortsatz und am Kieferkörper. Danach sind erstere „eine nicht ganz zu vermeidende Komplikation“ und kommen in der Praxis relativ häufig vor. Sie sind meist ohne Bedeutung. Eine Luxation des Unterkiefers kann unter Umständen eintreten wenn die Gelenkkapsel stark erschlafft ist, also besonders in tiefer Narkose. Auch zu gewaltsame Öffnung des Mundes kann dieses Ereignis herbeiführen, „besonders leicht bei Personen mit habitueller Luxation“ (Euler.)

Mit unseren heutigen Zangen und Hebeln ist eine totale Fraktur des Kiefers ein seltenes Vorkommnis. Allerdings gilt das nicht so allgemein für den Oberkiefer, wo „eine Absprengung des ganzen Tuber maxillare nichts allzu Seltenes ist, wenn der obere Weisheitszahn mit dem Lecluse nach rückwärts luxiert wird." (Euler.) Heute darf eine Totalfraktur bei einer Extraktion nicht mehr vorkommen. Nur durch große Ungeschicklichkeit, rohe Gewaltanwendung und sehr brüske Extraktionsversuche kann ein vollständiger Kieferbruch eintreten, der dann aber immer auf ein Verschulden des Zahnarztes zurückgeführt werden kann; es sei denn, daß krankhafte Veränderungen am Kiefer vorliegen.

Ein von Tritschler in der Deutschen Zahnärztlichen Wochenschrift 1930 veröffentlichter Fall wird von Meixner zitiert. Er betraf einen 35jährigen Patienten, der sich den M_1 extrahieren ließ. Nach beeidigter Zeugenaussage des Patienten faßte ihn der Behandelnde, während er mit der rechten Hand mittels Molarenzange den Zahn luxierte, mit der linken Hand, den Kopf des Patienten in die Kopfstütze drückend, bei der Stirn. Der Unterkiefer erhielt bei der Extraktion keine Stütze. Der Patient gibt an, dabei ein heftiges Knacken verspürt und hernach eine starke Blutung aus der Alveole gehabt zu haben. Die vom Verfasser gestellte Diagnose ergab zwischen dem zweiten Prämolaren und dem extrahierten Molaren einen kompliziert gesplitterten Unterkieferbruch nebst Zerreißung des Nervus mandib. und einer kausal sekundären Unterkieferphlegmone.

Anders verhält es sich, wenn pathologische Prozesse den Kieferkörper stark geschwächt haben. Dazu gehören maligne Neubildungen wie Karzinome und Sarkome, Tuberkulose, syphilitische Ostitis und Osteomyelitis, gutartige Tumoren, vor allem Adamantinome, Zysten, Aktinomykose. In solchen Fällen kann schon eine sehr geringfügige Gewaltanwendung, wie sie mit der Extraktion des einzelnen Zahnes verbunden ist, genügen, um eine totale Fraktur des in seinem Aufbau geschwächten Unterkiefers zu verursachen, ohne daß den Zahnarzt ein Verschulden zu treffen braucht. Auch die physiologischen Vorgänge der Altersatrophie des Kieferknochens können Veranlassung zu einer Kieferfraktur bei der Extraktion geben.

Waßmund hat unter 300 Kieferbrüchen eine durch Extraktion verursachte Fraktur gesehen, bei der die Altersatrophie des Kieferknochens eine Rolle spielte. Es handelte sich um die Extraktion des letzten Zahnes in einem sonst zahnlosen Munde eines älteren Fräuleins. Der Unterkiefer war mäßig atrophisch. Bei der Entfernung des Weisheitszahnes mit dem Drehmeisel erfolgte der Bruch.

Ein Bruch des Alveolarfortsatzes kommt häufiger vor, ohne daß dem Zahnarzt Ungeschicklichkeit zur Last gelegt werden kann, ebenso die Entfernung eines Stückes von der Alveole mit dem extrahierten Zahn.

Die Extraktion der rückwärts vom Eckzahn im Oberkiefer gelegenen Zähne bringt die Gefahr einer Eröffnung der Oberkieferhöhle, ohne daß dabei den Zahnarzt eine Schuld zu treffen braucht. Bei der Beurteilung dieser Fälle muß man sich vergegenwärtigen, daß die Oberkieferhöhle ein höchst variables Gebilde ist, daß bei dem einen sehr klein, bei dem anderen dagegen sehr geräumig sein kann, so daß die Alveolen als kleine Erhebungen in den Boden der Oberkieferhöhle hineinragen und die Wurzeln nur durch eine ganz dünne Knochenlamelle von der Schleimhaut der Oberkieferhöhle getrennt sind. (Port.) Es kann dabei passieren, daß Zähne bzw. Wurzeln in die Oberkieferhöhle versenkt werden. Bei vorsichtigem Arbeiten kann keinem Zahnarzt die Schuld für ein Hineingleiten einer Wurzel oder eines Zahnes ins Antrum gegeben werden, da es ebenso wie die Kieferhöhleneröffnung oft ein unvermeidliches Ereignis, ein übler Zufall ist.

Eine Fahrlässigkeit kann aber dem Zahnarzt nach der Extraktion durch Unterlassen oder falsche Maßnahmen zum Vorwurf gemacht werden. Ein Sondieren in der Wunde, um sich von dem wirklichen Vorhandensein einer Kommunikation zu überzeugen, bringt die Gefahr einer Verschleppung von Keimen aus der Mundhöhle in die Oberkieferhöhle und damit die Gefahr einer sekundären Infektion mit sich. Ein in die Oberkieferhöhle hineingeglittener Zahn oder eine Wurzel muß sofort entfernt werden, will man sich nicht beim Auftreten einer so gut wie unausbleiblichen Sinusitis dem Vorwurf der Fahrlässigkeit aussetzen. Es wird sich empfehlen, den Patienten auf das Verschwinden der Zahnwurzel in der Kieferhöhle aufmerksam zu machen (Volz und Proell).

Bei pathologischen Veränderungen erfolgt eine Eröffnung der Kieferhöhle besonders schnell und leicht.

Am schwierigsten gelagert sind die Fälle, in denen nach der Extraktion Wurzelreste zurückbleiben und — vom Zahnarzt nicht bemerkt — zu Komplikationen führen. Nach Euler ist es unter ganz bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen möglich und man ist dazu berechtigt, einen Wurzelrest im Kiefer zu belassen. Tunlichst wird man es vermeiden; denn gegen Komplikationen ist man nie gefeit.

Zur Illustration dessen möchte ich über folgenden Fall, den Prof. Buhtz, damals in Jena, beobachtete, referieren:

Am 4. November 1937 wird von einem Zahnarzt der Versuch der Extraktion von M_7 (Wurzelrest) unternommen. Am 5. November erkrankt der Patient, ein 23jähriger Soldat, heftig. Nach dem Bericht des behandelnden Militärarztes hatte der Kranke höhere Temperatur mit Kieferklemme und Schluckunmöglichkeit. Nach Inzision von außen (eine nähere Angabe wurde nicht gemacht) klingt die Schwellung ab; dagegen stellte sich am Hals eine immer stärker werdende Schwellung ein. Am 9. November wurden die Gefäßscheiden zu beiden Seiten des Halses breit freigelegt und die Jugularis unterbunden. Am 13. November wurde eine Magenfistel angelegt; um 11.45 Uhr desselben Tages kommt der Patient ad exitum.

Die Sektion ergab folgendes:

Ausgehend vom 2. rechten unteren Mahlzahn Phlegmone des Mundbodens, abgeklungen. Senkungsabsceß hinter dem Pharynx und in der Halsmuskulatur bis zum oberen Teil des Mittelfells; ferner herumgreifend nach links, die ganze linke Seite erfüllend; außerhalb des Brustkorbes bis zum Kreuzbein herunter eitrige Durchtränkung der Weichteile; insbesondere auch um die ganze Luftröhre herum ausgedehnt eitrige und sulzige Durchtränkung.

Die bakteriologische Untersuchung des Herzblutes und des Abstriches vom Halseiter ergab:

Haemolysierende Streptokokken, Staphylokokkus aureus (haemolysierend) und Staphylokokkus albus.

Der Tod war also eingetreten durch eine vom 2. rechten unteren Mahlzahn ausgehende sehr starke und weiterverbreitete Phlegmone. Zu einem gerichtlichen Verfahren gegen den Zahnarzt kam es nicht. Falls ein solches aber eingeleitet worden wäre, hätte die Frage diskutiert werden müssen, ob es von strafrechtlicher Bedeutung gewesen wäre, daß der Versuch der Extraktion des Wurzelrestes abgebrochen wurde, und daß nicht sofort oder am nächsten Tage, als sich bedrohliche Krankheitserscheinungen einstellten, die auf eine Infektion von seiten der Wurzel M_7 hindeuteten, eine operative Entfernung des Wurzelrestes dringend geboten gewesen wäre.

Es ist sehr wohl denkbar, daß man das bedrohte Leben hätte erhalten können, wenn der durch den Eingriff offenbar mobilisierte Infektionsherd, der zu der späteren Mediastinalphlegmone führte, beseitigt worden wäre.

Durch Ausrutschen des Instrumentes bei ungeschickter Handhabung und durch spontane Bewegungen des Patienten entstehen mitunter Weichteilverletzungen. Die Wunde ist sofort zu versorgen, wenn anders man unter Umständen nicht der fahrlässigen Unterlassung beschuldigt werden will. Hierzu gehört auch die Behandlung der durch eine komplikationslos verlaufene Extraktion entstandenen Wunde. Die Infektion einer Extraktionswunde kann verschiedene Ursachen haben:

1. Lokaler Art; also durch den Patienten (z. B. bei Angina), durch den Behandelnden (unsterile Instrumente, nicht saubere Hände) und schließlich durch den Zahn (dessen Herd infiziert war).
2. Konstitutioneller Art; so bei Bluterkrankungen (Leukämie, pernic. Anämie) und bei Stoffwechselstörungen (Diabetes).

Mit Extraktionen an Patienten mit hämorrhagischer Diathese sei man im übrigen äußerst zurückhaltend und vorsichtig; Bluter überweise man am besten einer Klinik, wo sie überwacht werden können. Zuckerkranke Patienten lasse man zweckmäßigerweise vor der Extraktion entzuckern, da die Wundheilungstendenz ohnehin schlecht genug und die Infektionsgefahr, wie oben erwähnt, bei solchen Patienten größer ist. Geradezu kontraindiziert kann eine Extraktion bei ulceröser Stomatitis sein. Im akuten Stadium dieser schweren, das Allgemeinbefinden des Patienten stark beeinflussenden Munderkrankung ist die Infektionsgefahr für das umliegende Gewebe so groß, daß die Extraktion schwerste Komplikationen herbeiführen kann. Es empfiehlt sich, die Extraktion bei gleichzeitiger Behandlung der Krankheit bis zum Abklingen der akuten Erscheinungen hinauszuschieben und dem Patienten auf andere Weise, unter Umständen mit Tabletten über die kritische Zeit hinwegzuhelfen.

Bei der umfangreichen Bakterienflora im Munde wird die Schuld des einen oder anderen sich nur selten feststellen lassen. Ist aber dem Zahnarzt eine unzweckmäßige Wundversorgung oder eine regelwidrige Behandlung nachzuweisen, so kann er zur Verantwortung gezogen werden.

Eine umstrittene Frage ist auch heute noch, ob man bei bereits bestehender eitriger Entzündung extrahieren soll oder nicht. Oft kann man dem Patienten bei starken Schmerzen durch sofortige Extraktion Erleichterung verschaffen und die Heilung der Krankheit beschleunigen. Andererseits besteht immer wieder die Gefahr einer Provokation, besonders wenn es sich um hochvirulente Keime handelt und die Widerstandskraft des Patienten nicht mehr groß ist. Auch eine Verschleppung der Mikroorganismen in die Venenbahn ist nicht von der Hand zu weisen.

Solange in diesem Punkte eine einheitliche Ansicht unter den Autoren nicht erzielt ist, wird ein fahrlässiges Verhalten nur von Fall zu Fall festgelegt werden können. Dadurch aber ist die Gefahr, aufgrund einer Extraktion im Stadium der eitrigen Entzündung zur Verantwortung gezogen zu werden, wenn eine Schädigung des Patienten eingetreten ist, nicht geringer geworden.

Kunstfehler in der Prothetik.

In der prothetischen Zahnheilkunde muß man unterscheiden zwischen Kunstfehlern, die bei der Vorbereitung des Mundes für den Zahnersatz begangen werden und solchen, die während der rein technischen Herstellung der Kronen, Brücken, totalen Prothesen usw. unterlaufen mögen. Gericht-

liche Bedeutung in strafrechtlicher Hinsicht bekommen vor allem diejenigen Kunstfehler, die bei der operativen Vorbereitung des Mundes begangen wurden und die in den anderen Kapiteln beleuchtet werden.

Technische Fehler werden mitunter bei der Herstellung von prothetischen Arbeiten aus Werkstoffen aller Art begangen. Sie werden, wenn berechtigte Beanstandungen vorliegen, wohl immer auf friedlichem Wege zu klären sein und beseitigt werden können, es sei denn, daß es sich um Strafverfahren wegen Betruges bei Verwendung schlechter oder unechter Werkstoffe handelt. Diese aber fallen aus dem Rahmen der vorliegenden Arbeit, welche sich ausschließlich mit dem Kunstfehler und der Fahrlässigkeit bei zahnärztlichen Operationen in engerem Sinne beschäftigt.

Kunstfehler bei Anwendung der Lokalanästhesie.

Bei der Anwendung der Lokalanästhesie, die heute in der zahnärztlichen Praxis wohl das gebräuchlichste Verfahren zur Schmerzausschaltung bei Extraktionen und anderen operativen Eingriffen in der Mundhöhle ist, muß man bedenken, daß alle Lokalanästhetika eine mehr oder minder starke Wirkung auf das Herz und andere Organe haben können und daß diese Wirkung meist, wenn auch nicht immer, durch äußerste Vorsicht bei der Anwendung und vor allem bei der Dosierung vermieden werden kann. Auch muß daran gedacht werden, daß der Allgemeinzustand des Patienten bei Anwendung der Lokalanästhesie einer größeren Beachtung bedarf als dies heute vielfach noch der Fall ist. Bei Erkrankung des Patienten an Arteriosklerose, Herzfehler, Diabetes und ebenso bei Vorliegen von Nierenerkrankungen ist in der Verwendung von Adrenalin Vorsicht am Platze, da eine Überdosierung dieses Mittels leicht zu unliebsamen Zwischenfällen führen kann. Es sind auch Fälle beschrieben worden, da angeblich selbst durch kleine Adrenalinmengen bei Vorliegen einer Überempfindlichkeit des Patienten Todesfälle vorgekommen sind. Solche Zwischenfälle scheinen sich fast ausschließlich bei zahnärztlichen Eingriffen oder jedenfalls bei Eingriffen im Gebiete der Mundhöhle und des Gesichtes ereignet zu haben. Möglicherweise ist dies auf die wesentlich ungünstigeren Bedingungen zurückzuführen, unter welchen der Zahnarzt in seiner Tätigkeit die Lokalanästhesie durchführen muß (Operieren am sitzenden Patienten, der vielfach durch vorausgegangene langdauernde Schmerzen und schlaflose Nächte stark mitgenommen ist, vielfach Unmöglichkeit psychischer Vorbereitung des Patienten, die in der großen Chirurgie nicht in dem Grade in Erscheinung treten). In diesem Zusammenhang wieder 2 instruktive Fälle, die Prof. Buhtz in Jena bzw. in Breslau zur Begutachtung und zur Beurteilung vorlagen.

1. Fall: Am 13. August 1937 ist in der Praxis des Zahnarztes und Arztes Dr. R. in A. der Patient M. Sch., 62 Jahre alt, nach einer Mandibularanästhesie mit etwa 3 ccm einer 4%igen Novocain-Adrenalin-Lösung (Ampulle) in schwerem Kollaps verstorben. Die sofort vorgenommene Injektion von Cardiazol, Lobelin- Sympatol und Kampfer hatten ebensowenig Erfolg, wie die 70 Minuten fortgesetzte künstliche Atmung. Zur Hilfeleistung war auch ein Chirurg hinzugezogen worden.

Die Leichenöffnung ergab folgenden Zustand:

Starke Fettleibigkeit. Ausgeprägte Schlagaderverkalkung in den Schlagadern des Hirngrundes; starke Hirnstauung, starke Blähung der Lungen, Erweiterung des Herzens mit Verdickung der Muskulatur; ausgesprochene Verkalkung der Kranzschlagadern mit zum Teil starker Verengung der

Gefäßhöhlung. Verkalkung der Hauptschlagader; starke Stauung im Bereich der Lungen, der Nieren, der Milz. Außerdem noch Injektionsstellen an verschiedenen Körperteilen.

In dem daraufhin abgegebenen Gutachten wurde eine etwaige Überdosierung verneint.

„... Es ist bekannt, daß in ganz seltenen Einzelfällen bei besonders disponierten Menschen Novocain-Suprarenin schädliche Wirkungen ausüben kann. Eine derartige Wirkung ist aber nicht vorauszusehen. Andererseits kann man das ausgezeichnet wirkende Betäubungsmittel in der modernen ärztlichen und zahnärztlichen Praxis nicht mehr entbehren, oder es würden viele Menschen sogar aus lebenbedrohenden Zuständen nicht gerettet werden können. Irgendwelche krankhaften Erscheinungen, die die Anwendung des Mittels als nicht angezeigt hätten erscheinen lassen, bestanden nach Angabe des Beschuldigten, Dr. R., nicht."

Diese Angabe ist durchaus glaubhaft, denn Sch. war als Kraftwagenführer tätig und verrichtete seinen Beruf ohne Beschwerden.

Offenbar lag bei Sch. die Ursache für den Tod nicht nur in einer Überempfindlichkeit gegen Novocain-Suprarenin, sondern es kam disponierend hinzu körperliche Anstrengung auf dem Feld, heißes Wetter, Erregung und Angst vor dem Zahnziehen.

Alle diese Momente haben in Verbindung mit der Arteriosklerose der Kranzadern zum Tode geführt.

Da sich aus diesen Ausführungen eine Fahrlässigkeit oder ein Kunstfehler nicht ergab, kam es zu keinem Verfahren gegen den Zahnarzt.

2. Fall: In der Sprechstunde des Dr. D. erschien der Patient O. H., 37 Jahre alt, mit Schmerzen im Unterkiefer. Die darauf folgende Extraktion einiger Molaren wurde vorbereitet durch eine Leitungsanästhesie und eine terminale Injektion im Bereich des Buccinatorius und in der Gegend des Foramen mentale.

Wegen des blassen Aussehens des Patienten verwendete der behandelnde Zahnarzt eine frisch zubereitete Novocain-Corbasillösung, insgesamt etwa 2 ccm. Nach glatt verlaufener Extraktion klagte der Patient 2 Stunden später über starke Kopfschmerzen und ging zu Bett. Einige Stunden später trat der Tod ein.

Die gerichtliche Sektion ergab eine Apoplexie. Die Hirnschlagadern waren deutlich verhärtet; außerdem wurde ein starker Buckel festgestellt, der zu einer Verlagerung der inneren Organe führte. Die Coronargefäße waren ebenso deutlich verhärtet. Ein so verändertes Hirngefäß war geborsten und hatte den Tod des Patienten herbeigeführt.

Die Apoplexie konnte weder ursächlich noch zeitlich in Zusammenhang mit dem Eingriff gebracht werden, so daß auch forensisch sich keine Weiterungen ergaben. Immerhin sind solche Fälle für den behandelnden Zahnarzt höchst unangenehm, auch wenn sich ein schuldhaftes Verhalten nicht nachweisen läßt, und mahnen zur Vorsicht.

Eine Kontraindikation für die Anwendung einer Injektionsanästhesie stellt das Vorliegen einer Entzündung dar, besonders eitriger Art. Eine Injektion in entzündetes Gewebe widerspricht allen Regeln der Chirurgie. Durch den Druck der Injektionslösung kann eine Verschleppung der Eitererreger in die Nachbarschaft und in die Blutbahnen erfolgen. Nach Euler ist die Injektion an sich in entzündetes Gewebe nicht etwas Bedenkliches, sondern die Verwendung gefäßkontrahierender Zusätze zur Injektion in infiziertes Gewebe, da die künstlich erzeugte Anämie der Bakterienwirkung Vorschub leisten kann. Vielfach wird auch eine Papilleninjektion

oder eine intraossale Injektion als Kunstfehler angesehen. Bei letzterer wird versucht, die Lösung unter starker Druckanwendung in den Knochen zu treiben. Die Injektion erfolgt in der Nähe der Zahnfleischtasche, wo immer Eiter- und Fäulniserreger zu finden sind, deren Mobilisierung und Einimpfung in das Gewebe eine Infektion verursachen kann.

Über einen Fall von Papilleninjektion berichtet Waßmund. Eine völlig gesunde Frau, bei der der vitale zweite Molar des Unterkiefers exkaviert werden sollte, erhielt wegen großer Empfindlichkeit vom Zahnarzt eine Injektion in die Zahnfleischpapille. In der folgenden Nacht traten zunehmende Schmerzen und eine Schwellung am Unterkiefer auf, die sich am nächsten Tage über den Unterkieferrand in der Richtung des Zungenbeins ausbreitete und in zwei Tagen den ganzen Submaxillarraum durchwanderte, sowie in die Speicheldrüse eindrang. Zu einem gerichtlichen Nachspiel kam es aber offenbar nicht.

Nadelfrakturen bei der konservativen Wurzelbehandlung.

Selbst dem geübtesten Zahnarzt können Brüche von Instrumenten bei der Wurzelbehandlung unterlaufen, ohne daß ihn der Vorwurf der Fahrlässigkeit zu treffen braucht. In Frage kommen hierbei vor allem Nervextraktoren, Kanalerweiterungsinstrumente und Wurzelfüllnadeln. Als Ursache ergeben sich Materialfehler, Beschaffenheit und Verlauf der Wurzeln, die „Geschicklichkeit" des Behandelnden und auch das Verhalten des Patienten. Verschlimmert wird ein solcher Fall mitunter auch durch die Unzweckmäßigkeit der nach der Fraktur ergriffenen Maßnahmen.

Die mit Widerhaken versehene Nervexstirpationsnadel neigt besonders zum Bruch, weil sie nach Einführung in den Kanal etwas gedreht werden muß. Sie klemmt fest, und bei weiterer Drehung erfährt sie einen Torsionsbruch. Für das Festklemmen der Nadel kommen gekrümmte Wurzeln, Dentikel und verkalkte Kanäle in Frage. Falls eine Nadel auf Widerstand stößt, muß man versuchen, sie durch Drehung in umgekehrter Richtung wieder frei zu bekommen. Das gesagte gilt auch für Maschineninstrumente. Ein Bruch des Nervextraktors kann auch dadurch verursacht werden, daß dieser über den Apex hinaus vorgestoßen wird und bei meist vergeblichen Bemühungen und Versuchen, ihn wieder herauszubekommen, abbricht. Nervkanalinstrumente können auch abbrechen, wenn sie zuerst in den Kanal eingeführt und dann gedreht werden. Bei gekrümmten oder engem Kanal kommt es bei der Drehung zu einer Spannung, die zum Bruche des Instrumentes führen kann. Alle diese Zwischenfälle können umso eher eintreten, je weniger übersichtlich die Verhältnisse an dem zu behandelnden Zahn sind. Eine exakte und sachgemäße Präparation jeder kariösen Höhle, die eine vollkommene Übersicht über die Kanaleingänge ermöglicht, ist neben vorsichtigem Arbeiten die beste Gewähr für die Vermeidung solcher Zwischenfälle.

Im Einzelfalle wird es natürlich schwer mit Sicherheit zu entscheiden sein, ob tatsächlich irgendwelche vermeidbaren technischen Fehler von Seiten des Zahnarztes begangen worden sind, die als Fahrlässigkeit zu werten sind, und nicht nur einen unglücklichen Zufall darstellen.

Daß in Anbetracht einer Bruchgefahr nur erstklassiges Material bewährter Firmen Verwendung finden darf, um den Zahnarzt vor jedem Vorwurf einer Fahrlässigkeit bei der Auswahl der Instrumente zu bewahren, bedarf keiner besonderen Erwähnung. Unter dieser Voraussetzung dürfte der Zahnarzt kaum für eine auf einen Materialfehler zurückzuführende Fraktur der Instrumente verantwortlich gemacht werden können.

Auch ein unzweckmäßiges Verhalten des Patienten, eine plötzliche unvorhergesehene Bewegung desselben, kann zu einem Bruch von Wurzelkanalinstrumenten führen, für die allerdings der Zahnarzt nicht verantwortlich gemacht werden kann.

Von großer Wichtigkeit für die Beurteilung der Frage, ob eine Nadelfraktur bzw. die Fraktur eines Zahnwurzelinstrumentes als Kunstfehler zu betrachten ist, ist das Verhalten des Zahnarztes nach dem Unglücksfall. Die Frage, ob ein Zahnarzt verpflichtet ist, beim Abbrechen eines Bohrers oder einer Nadel im Wurzelkanal das Fragment zu entfernen, ist nicht generell zu beantworten. Bei genügend sorgfältiger Wurzelbehandlung und Wurzelkanalversorgung kann in Ausnahmefällen ein Belassen des Fragmentes nach Stenger kaum zu gesundheitlichen Schäden des Patienten führen, wenn man sich mittels Röntgenaufnahme vorher vergewissert, daß periapikal nicht schon eine pathologische Veränderung des umgebenden Gewebes vorliegt. Zur Sicherung für alle späteren Eventualitäten tut der Zahnarzt in solchem Falle gut, nicht nur den Patienten von der Tatsache des Belassens des Fragmentes im Wurzelkanal in Kenntnis zu setzen, sondern auch über den Befund die Röntgenaufnahme, die Tatsache und den Grund des Belassens des Fragmentes sich Aufzeichnungen zu machen. Es muß dabei im Auge behalten werden und der Patient darauf hingewiesen werden, daß durch die Belassung des Fragmentes Beschwerden möglicherweise späterhin auftreten können. In der Regel wird man aber besser tun, eine Entfernung des abgebrochenen Fragmentes zu versuchen und gegebenenfalls auch den in Frage kommenden Zahn entfernen. Hat nämlich die Nadel den Kanal durchdrungen und das Foramen apikale passiert, so können schwere Störungen, angefangen von einer einfachen Periostitis bis zur Osteomyelitis und Antrumempyem auftreten. Welche von den zahlreichen Methoden der Entfernung von Bruchstücken in einem vorliegenden Falle in Frage kommt, richtet sich nach den jeweiligen Umständen, wobei der Röntgenaufnahme zur Feststellung der genauen Lage des Fragmentes eine große Bedeutung zukommt. Die Unterlassung einer Röntgenaufnahme könnte gegebenenfalls als Fahrlässigkeit gewertet werden. Es muß allerdings noch hervorgehoben werden, daß die Ansichten darüber, ob der Patient in jedem Falle von dem Abbrechen eines Wurzelkanalinstrumentes in Kenntnis gesetzt werden soll, unter den Zahnärzten keine einheitlichen sind. Volz sowie Ritter und Korn halten das z. B. durchaus nicht in jedem Falle für notwendig und wollen es von den näheren Umständen abhängig machen. Eine unbedingte Notwendigkeit einer Mitteilung liegt nach Ritter und Korn nicht vor, wenn es sich um leichte Fälle handelt. Volz weist darauf hin, daß im allgemeinen ein solches Vorkommnis dem Patienten nicht mitgeteilt wird. Man behält sich seine Maßnahmen vor, indem man den Patienten zur regelmäßigen Untersuchung bestellt. Ist innerhalb eines Vierteljahres keine Schädigung eingetreten, so braucht man solche nicht mehr zu befürchten. Eine unbedingte Forderung nach Aufklärung des Patienten liegt nach Wirth vor bei allen Frakturen, die im Verlauf einer Wurzelbehandlung in infizierten Kanälen eintreten sowie bei allen Frakturen in der konservierenden Wurzelbehandlung, bei denen das Bruchstück über das Foramen apikale hinausragt.

Verschlucken und Aspirieren zahnärztlicher Instrumente.

Die Möglichkeiten, einen Fremdkörper im Verlauf einer zahnärztlichen Behandlung zu verschlucken oder zu aspirieren, sind mannigfaltig. Bei allen Arbeiten im Munde, gleichgültig, ob es sich um chirurgische, konser-

vierende, prothetische oder orthodontische Maßnahmen handelt, sind solche Möglichkeiten gegeben. Namentlich ereignen sich solche Zwischenfälle beim Manipulieren mit kleineren Instrumenten und vor allem dann, wenn durch plötzliche Abwehrbewegungen des Patienten die Behandlung gestört wird (Ohle).

Besonders groß ist die Gefahr des Verschluckens oder Aspirierens von Instrumenten oder sogar von extrahierten Zähnen, die der Zange entglitten sind, in der Narkose. Desgleichen besteht hier auch die Möglichkeit der Aspiration von Blut und Eiter. Ausführlicher wird darüber in dem Kapitel Narkose berichtet.

Ohle teilt Fälle mit, in denen es bei Zahnextraktionen in Narkose zum Aspirieren von Zähnen und Zahnwurzeln gekommen war. Auch bei der Anwendung der Lokalanästhesie können sich solche Zwischenfälle ereignen. Es handelt sich aber dann fast immer um unglückliche Zufälle, bei denen dem Zahnarzt ein Fahrlässigkeit nicht zur Last gelegt werden kann.

Wohl seltener kommt es vor, daß abgebrochene Instrumente wie Extraktionszangenteile oder Hebelteile aspiriert oder verschluckt werden. Über einen derartigen Fall berichtet Székely, bei dem während eines Extraktionsversuches des rechten oberen zweiten Molaren die palatiniale Backe der Zange dicht am Schloß abbrach und aspiriert wurde. Erst nach vielen Wochen wurde der Fremdkörper unter erheblichen Schwierigkeiten durch Tracheotomie von der Bifurkationsstelle der Trachea entfernt.

Ohle berichtet gleichfalls über einen ähnlichen Fall, bei dem das Arbeitsende des Beinschen Hebels abbrach und in den Mund fiel. Glücklicherweise gelang es, das Stück zu erfassen, ehe es im Rachen verschwunden war.

Die Gefahr des Eindringens von Fremdkörpern in die Luft- oder Speisewege ist bei konservierenden Arbeiten nicht geringer als bei chirurgischen. Meist handelt es sich um Instrumente, die zur Wurzelbehandlung benötigt werden, um Pulpenexstirpatoren, Wurzelsonden und Kanalerweiterer, zerbrochene Schleifscheiben, abgebrochene Bohrer, Amalgamreste, Zahnsteinpartikelchen, Wattekugeln und Wattetampons, federnde Bänder der Ivory-Matrize und Kofferdamklammern. In den vielen Fällen, wenn nicht in den meisten, wird es sich bei einer solchen Aspiration oder Verschlucken von zahnärztlichen Gegenständen oder Zähnen um unglückliche Zufälle handeln, für die den Zahnarzt kein Verschulden trifft. Manchmal ist auch der Patient durch seine Abwehrbewegungen an dem Eintritt solcher Ereignisse nicht unschuldig. In jedem Falle muß aber alles vom Zahnarzt getan werden, um den Eintritt solcher Ereignisse nach Möglichkeit zu verhüten und sofort entsprechende Maßnahmen zur Entfernung einzuleiten. Bei der Narkose, bei der die Aspiration oder das Verschlucken von Fremdkörpern besonders groß ist, kann dem Ereignis am besten dadurch vorgebeugt werden, daß man soweit wie irgend möglich bei Eingriffen in der Mundhöhle und an den Zähnen von der Narkose Abstand nimmt und sie durch eine lokale oder Leitungsanästhesie ersetzt. Schmieden bezeichnet es als eine fahrlässige und strafbare Handlung, wenn ein Eingriff in Narkose durchgeführt wird, der sich ebensogut in lokaler oder Leitungsanästhesie ausführen ließe; und auch Ohle weist darauf hin, daß im Interesse des Patienten die Narkose nur für die äußersten Notfälle verwandt werden sollte. Vor jeder Injektion soll sich der Zahnarzt überzeugen, daß die Kanüle fest auf der Spritze befestigt ist. Hebel, die ein Erfassen und Festhalten des Zahnes nicht gestatten, sind tunlichst zu vermeiden und sollen nur zum Anluxieren des Zahnes bzw. der Zahnwurzel angewandt werden. Ereignet sich trotz dieser Vorsichtsmaßnahmen ein Verschlucken oder eine Aspiration, so kann dem Operateur nur bei ungenügender Operationstechnik eine Fahrlässigkeit

nachgewiesen werden, andernfalls wäre es als ein unglücklicher Zufall zu werten.

Auch bei konservierender Behandlung müssen besondere Verhütungsmaßnahmen erfolgen, die eine Aspiration oder ein Verschlucken unmöglich machen, auf die im einzelnen hier nicht eingegangen werden kann. Nicht zu vergessen ist bei allen prophylaktischen Maßnahmen eine Belehrung des Patienten, deren Unterbleiben unter Umständen bei unzweckmäßigen Reaktionen des Patienten als Fahrlässigkeit gedeutet werden könnte.

Eine Fahrlässigkeit von Seiten des Zahnarztes kann auch vorliegen, wenn nach Aspiration oder Verschlucken von Fremdkörpern von ihm nicht alles unternommen wird, um die Folgen eines solchen Ereignisses abzuwenden. Vor allem hat er bei Aspiration von Gegenständen, die besonders gefährlich ist, den Kranken in spezialärztliche Behandlung zu verbringen, da sein Können in den meisten Fällen nicht ausreichen wird, den aspirierten Fremdkörper zu entfernen. Der Kranke muß unbedingt über den Vorfall aufgeklärt werden. Wenn auch einige Fälle gut auslaufen, so muß man immer berücksichtigen, daß sich oft schon nach wenigen Tagen oder Wochen, manchmal auch erst nach Jahren schwere Krankheitserscheinungen einstellen können.

Abbrechen von Injektionskanülen.

Eine forensische Bedeutung kann auch das Abbrechen von Injektionsnadeln erlangen. Ein Abbrechen der Injektionskanülen erfolgt besonders häufig bei Injektionen am Foramen mandibulare.

Die Ursachen des Abbrechens einer Injektionskanüle können einerseits im Material der Nadel selbst liegen. Zweitens kann eine unsachgemäße Behandlung zu einer Schwächung der Nadeln führen, so z. B. wenn diese durch mangelhafte Reinigung und unzweckmäßige Aufbewahrung von Rost angefressen sind. Weiterhin kann auch das Verhalten des Patienten, eine plötzliche Abwehrbewegung desselben oder ein Schließen des Mundes, besonders wenn es unvermutet geschieht, zu einem Abbrechen von Injektionskanülen führen. Und endlich kann auch eine fehlerhafte Injektionstechnik einen Kanülenbruch verursachen.

Die Entscheidung im Einzelfall, ob eine Fahrlässigkeit des Zahnarztes vorliegt, wird meist sehr schwer, ja vielfach sogar unmöglich sein. Es müßte dem Zahnarzt nachgewiesen werden, daß die verwendete Kanüle schon erkennbar schadhaft war. Dabei ist zu berücksichtigen, daß an Bruchstücken nachgewiesene Materialfehler und auch Roststellen meist vorher von außen nicht sichtbar sind (Goldhahn). Die allgemein anerkannte Güte des Materials einer guten Firma muß genügen, um den Zahnarzt von dem Vorwurf einer Fahrlässigkeit bei der Beschaffung der Injektionskanülen zu befreien. Die Garantie einer vollen Bruchsicherheit wird übrigens von keiner Lieferfirma übernommen. Eine neue Nadel kann schon das erste Mal brechen, ebenso wie eine alte Nadel noch nach wiederholten Malen unbedenklich gebraucht werden kann (Goldberger). Für die auf Materialfehler zurückzuführenden Nadelfrakturen kann demnach ein Zahnarzt nicht verantwortlich gemacht werden.

Die Verwendung einer erkennbar schadhaften z. B. einer verrosteten Nadel zu einer Injektion, insbesondere zu einer Mandibular- oder Tuberanästhesie, würde, falls es zu einem Abbrechen derselben kommen sollte, mit Recht als Fahrlässigkeit betrachtet werden. Bei den heute fast allgemein angewendeten rostfreien Kanülen (nichtrostend) dürfte dieser Mög-

lichkeit nur eine theoretische Bedeutung zukommen, da es sich gegebenenfalls nur um Rostschäden handeln könnte. Andere Materialfehler, auch wenn sie durch unzweckmäßige Aufbewahrung entstanden sein sollten, werden nachträglich kaum nachzuweisen sein, außer durch eine materialtechnische Untersuchung.

Goldhahn erwähnt als Kuriosum einen Fall, bei dem einem Arzt der Vorwurf gemacht wurde, daß er eine Kanüle verwandt habe, die er einige Zeit vorher bei einem Autounfall ungesichert in der Rocktasche getragen habe und die bei einer Injektion abbrach. Dieser Vorwurf wurde als unbewiesen abgelehnt.

Kerpel, der die technisch mechanischen Ursachen der Nadelfrakturen zum Gegenstand einer eingehenden Untersuchung gemacht hatte, weist darauf hin, daß es zwar sowohl gute und schlechte Nadeln und Kanülen gebe, aber keine unzerbrechlichen. Wenn trotz gewissenhafter Auswahl der Nadeln und trotz sorgsamer Pflege der Instrumente einmal eine Nadel bricht, so ist das nach Kerpel als unglücklicher Zufall zu werten, für den der Zahnarzt nicht verantwortlich gemacht werden kann. Auch Williger äußert sich ähnlich und will, ein kunstgerechtes Arbeiten vorausgesetzt, ein solches Ereignis als unglücklichen Zufall und nicht als Kunstfehler des Zahnarztes bewertet wissen.

Fehler in der Injektionstechnik werden wohl fast niemals nachzuweisen sein, weil die Injektionen fast stets ohne Zeugen vorgenommen werden. Es wird deshalb kaum jemals ein Zahnarzt wegen mangelhafter Technik zur Verantwortung gezogen werden können, weil sie sich, wie Goldberger treffend bemerkt, nicht objektiv nachweisen läßt. Allenfalls hat auch die Verwendung von dünnen Kanülen zur Mandibularanästhesie, falls es zu einem Abbrechen derselben kommt, Veranlassung zu einem gerichtlichen Nachspiel gegeben. Neumann teilt einen Fall mit, wo einem Zahnarzt eine dünne Nadel abgebrochen war und, ohne Beschwerden zu verursachen, eine zeitlang liegen blieb. Später traten aber Beschwerden auf, die ein solches Ausmaß erreichten, daß sie einen chirurgischen Eingriff von außen zwecks Entfernung notwendig machten. Im Verlaufe desselben kam es zu einer Facialisverletzung, die zu einer halbseitigen Gesichtslähmung führte. Von der Patientin, die in ihrem beruflichen Fortkommen als Kindergärtnerin durch diese Entstellung schwer geschädigt war, wurde gegen den Zahnarzt ein Schadenersatzanspruch auf eine lebenslängliche Rente erhoben. Trotz des Gutachtens von Neumann, in dem sich dieser gegen einen Zusammenhang zwischen der Dünne der Nadel und ihrer Fraktur aussprach und eine Fahrlässigkeit des Zahnarztes ablehnte, billigte das Gericht der Patientin die von ihr geforderte Rente zu.

Es ist demnach bei Verwendung von dünnen Injektionsnadeln für die Mandibularanästhesie mit der Möglichkeit zu rechnen, daß im Falle eines Nadelbruches dem Zahnarzt Fahrlässigkeit vorgeworfen werden kann und entsprechend der Forderung Hoenigs bei der Mandibularinjektion dem Zahnarzt stets der Gebrauch starker Kanülen zu empfehlen.

Da, worauf Volz hinweist, die meisten Brüche am Konus erfolgen, so ist darauf zu achten, daß beim Abbrechen am Konus die Nadel noch 1—1½ cm herausschaut, um das abgebrochene Nadelstück leicht herausziehen zu können. Bei der Mandibularinjektion sollte deshalb stets eine Nadel von mindestens 4—5 cm Länge benützt werden. Ein Abweichen von dieser Grundregel sieht Volz als einen Kunstfehler an, für den der Zahnarzt gegebenenfalls verantwortlich gemacht werden könnte.

Auch bei subkutanen bzw. intramuskulären Injektionen, die der Zahnarzt aus irgendwelchen Gründen vornehmen muß, z. B. bei der Injektion

von Beruhigungsmitteln vor einem Eingriff oder von Analeptica bei Kollapszuständen kann es zu einer Nadelfraktur kommen. Es wird wohl keinen Arzt und keinen Zahnarzt geben, bei dem nicht schon eine solche Nadelfraktur vorgekommen ist, wie das Goldhahn hervorhebt. Aseptisches Arbeiten vorausgesetzt, dürften sich aus dem Abbrechen von Nadeln kaum schwere Folgen ergeben.

Eine forensische Bedeutung kann auch die Frage erlangen, ob im Falle eines Kanülenbruches der Zahnarzt fahrlässig handelt, wenn er von einer Entfernung des abgebrochenen Kanülenendes Abstand nimmt, und wenn er den Patienten nicht von dem eingetretenen Ereignis unterrichtet.

Die Anschauungen darüber, wie man sich verhalten soll, wenn es zu einem Kanülenbruch gekommen ist, ob in jedem Falle nach dem abgebrochenen Stück gesucht und dieses entfernt werden muß oder ob man auf ein Suchen verzichten kann, und das abgebrochene Nadelstück im Gewebe liegen läßt, gehen weit auseinander. Goldhahn rät in all den Fällen, in denen es nicht gelingt, die abgebrochene Nadel zu fassen und zu extrahieren, oder diese durch einen einfachen Operationsschnitt freizulegen, den Kranken zu einem Chirurgen mit Röntgenmöglichkeit zu verbringen, um die Entfernung des Nadelstückes so schnell wie möglich durchzuführen. Eine Entfernung abgebrochener Nadeln kann ebenso wie ihr Aufsuchen außerordentlich große Schwierigkeiten bereiten und an die operative Fähigkeit des Arztes oder Zahnarztes sowie an seine Ausrüstung die allergrößten Ansprüche stellen. Allerdings will Goldhahn mit diesem Ratschlag nicht sagen, daß eine Verzögerung in der Entfernung der abgebrochenen Nadel als eine Fahrlässigkeit zu werten wäre. Er führt an Hand eines Falles von Nadelbruch bei Gelegenheit einer Ischiatikusinjektion, bei der nach Aufklärung des Kranken der Arzt 6 Stunden später vergeblich versuchte, die abgebrochene Kanüle unter Chloräthyl zu entfernen, und der zu einem gerichtlichen Nachspiel Veranlasung gab, die widersprechenden Gutachten der Sachverständigen an. Auch spätere Entfernungsversuche chirurgischerseits waren erfolglos. Die Nadel war in das Beckeninnere vorgedrungen und mußte dort belassen werden. Das Gericht hatte nun die Frage zu prüfen, ob der verzögerte Entfernungsversuch für die Entstehung des Körperschadens von Bedeutung war und ob darin eine Fahrlässigkeit des Arztes liege. Der kausale Zusammenhang wurde auf Grund der voneinander abweichenden Gutachten der Sachverständigen verneint.

Euler (W. Meyer) empfiehlt beim Bruch der Terminalkanüle sofortige Entfernung. Auch bei der Mandibularanästhesie soll das Bruchstück der Kanüle entfernt werden, wenn man es sicher fühlen kann. Bei schwieriger Entfernbarkeit — kurzes Bruchstück, tief in der Muskulatur sitzend, nicht fühlbar — entscheidet über die Möglichkeit einer Belassung das Zusammentreffen von normaler, mit Jodstrich versehener Einstichstelle sowie steriler Spritze, Kanüle und Injektionsflüssigkeit. Das Bruchstück heilt dann meist reaktionslos ein.

Schwierig zu beantworten ist die Frage, ob man den Patienten über den erfolgten Kanülenbruch unterrichten soll.

Zwar gibt es keine gesetzliche Bestimmung, worauf Goldberger hinweist, die den Arzt oder Zahnarzt beim Verschweigen einer Nadelfraktur dem Vorwurf einer Fahrlässigkeit aussetzen würde. Trotzdem dürfte es sich empfehlen, den Patienten von diesem Ereignis zu unterrichten, um den Patienten vor weiteren Komplikationen zu bewahren und der Möglichkeit einer Beschuldigung, daß man das Ereignis übersehen hätte, aus dem Wege zu gehen. (Volz, Neumann, Hoenig.) Andere Verfasser wie Goldberger, Goldhahn, stehen auf dem Standpunkt, daß diese Frage nicht generell zu

beantworten ist. Goldberger weist darauf hin, daß durch eine solche Mitteilung, wenn eine Entfernung der Nadel nicht möglich ist, für den Patienten schwere seelische Nachteile entstehen können und führt auch eine Reihe entsprechender Fälle an. Goldhahn sieht eine Mitteillungspflicht nur dann als gegeben an, wenn dem Kranken durch das Verschweigen des Ereignisses Nachteile entstehen könnten oder wenn er zu Eingriffen, die mit dem Abbrechen der Nadel in ursächlichem Zusammenhange stehen, seine Einwilligung geben müßte.

Die Ansichten gehen demnach darüber auseinander, ob eine Aufklärungspflicht des Arztes und Zahnarztes gegenüber dem Patienten in jedem Falle besteht oder nicht und die Frage, ob ein Unterlassen einer entsprechenden Aufklärung des Patienten als Fahrlässigkeit zu bewerten wäre, dürfte in jedem Falle besonders beantwortet werden müssen.

Für ein unzweckmäßiges Verhalten des Patienten, der durch eine plötzliche Kopfbewegung, durch ein plötzliches Schließen des Mundes oder eine sonstige Abwehrbewegung den Kanülenbruch verschuldet, könnte ein Zahnarzt nur dann verantwortlich gemacht werden, wenn er den Patienten vorher nicht auf das Auftreten eines Injektionsschmerzes oder einer anderen unangenehmen Sensation aufmerksam gemacht hat. Es dürfte sich deshalb nach Volz in jedem Falle empfehlen, den Patienten vorher entsprechend aufzuklären, um solche plötzlichen Reaktionen auf ein unvorbereitetes Schmerzgefühl auszuschalten, ganz besonders, wenn es sich um schon äußerlich erkennbare, außerordentlich empfindliche und erregte Patienten handelt.

Kunstfehler und Narkose.

Die Vornahme einer allgemeinen Narkose ist sowohl dem Zahnarzt wie dem Arzt gestattet. Zu ihrer Ausführung ist die Hinzuziehung einer approbierten Assistenz nicht erforderlich. Eine Fahrlässigkeit kann daraus nicht abgeleitet werden. Es ist jedoch üblich und empfehlenswert, wenn die Zuziehung einer 2. Medizinalperson leicht möglich ist, eine solche bei Vornahme der Narkose heranzuziehen. In der Zuziehung eines anderen Arztes oder Zahnarztes liegt für den Behandelnden die weitestgehende Sicherheit, daß er, wenn ihm nicht eine andere Fahrlässigkeit nachgewiesen werden kann, weder strafrechtlich noch zivilrechtlich belangt werden kann. (Ritter-Korn.)

Die Narkose ist kein harmloser Eingriff, ganz gleich in welcher Form sie angewendet wird. Es müssen von vornherein alle evtl. auftretenden Komplikationen in Erwägung gezogen werden, die unter Umständen den Vorwurf des Kunstfehlers oder der Fahrlässigkeit bei der Auswahl und Anwendung des Narkotikums herausfordern können.

Von Wichtigkeit ist die Entscheidung der Frage, ob eine Narkose bei einem vorzunehmenden Eingriff angewandt werden konnte und durfte, oder ob in diesem oder jenem Falle nicht besser die lokale Anästhesie ausgereicht hätte. Für die einzelnen Narkotika (Chloroform, Äther, Chloräthyl, Evipan, Eunarkon usw.) bestehen mehr oder weniger feststehende Kontraindikationen, die bei der Auswahl des Narkoseverfahrens unbedingt berücksichtigt und gegeneinander abgewogen werden müssen. Es ist hier nicht der Ort, die einzelnen Kontraindikationen aufzuzählen. Hervorgehoben seien nur Herz- und Lungenerkrankungen, deren Diagnostik dem Zahnarzt zur Ausführung der Narkose geläufig sein muß. Nicht selten kommt es im Verlauf der Narkose zur Aspiration von Mageninhalt, falls diese bei vollem Magen eingeleitet wurde. Solche Zwischenfälle haben wiederholt ein gerichtliches Nachspiel gehabt, indem dem Narkotiseur der Vorwurf der Fahr-

lässigkeit gemacht wurde. Wesentlich für die Beurteilung ist u. a. auch die Einleitung und Veranlassung der entsprechenden Gegenmaßnahmen. Der Kopf des Erbrechenden ist seitlich zu lagern, ein Zurücksinken der Zunge muß verhindert werden und die Luftwege sind von den erbrochenen Massen schnellstens zu befreien. Als ultima ratio bleibt neben der künstlichen Atmung die Tracheotomie.

Bei zahnärztlichen Eingriffen ist die Gefahr einer unzweckmäßigen Narkose, wenn eine solche einmal nicht entbehrt werden kann, nicht zu groß, da die meisten Eingriffe nur kurz dauernd sind. Man kommt im allgemeinen mit einer oberflächlichen Narkose oder mit einem Rausch weit gefahrloser zum Ziele.

Es spielt in diesem Falle auch das Vorliegen irgend einer allgemeinen Erkrankung nicht eine so wesentliche Rolle wie in der großen Chirurgie.

Einen Fall von Narkoseerbrechen mit tödlichem Ausgang bringen Goldhahn und Hartmann. Ein Kind erstickte infolge Erbrechens während der Ausführung der Narkose. Es hatte vorher Speise zu sich genommen, was dem Arzt jedoch offenbar nicht bekannt war. (Ob der Narkotiseur sich vorher darüber erkundigt hatte, ist nicht ersichtlich.) Es kam zu einem gerichtlichen Verfahren, in dem der behandelnde Arzt für schuldig befunden wurde.

In der Vornahme der Narkose an sich sah das Gericht jedoch keine Fahrlässigkeit, da der Arzt nicht gewußt habe, daß das Kind Speise zu sich genommen habe. Die Schuld des Arztes sah das Gericht aber darin, daß er nach dem ersten Erbrechen des Patienten die Narkotisierung fortgesetzt habe, obwohl er an dem Erbrechen habe erkennen müssen, daß das Kind vor dem Eingriff gegessen hatte.

Hierzu muß bemerkt werden, daß der eine der beiden Gutachter, ein Chirurg, in diesem Vorgehen eine Fahrlässigkeit des Arztes nicht erblickt hat. Dieser Ansicht schließt sich auch Goldhahn an. Danach biete gerade das Weiternarkotisieren die sicherste Gewähr für ein Aufhören des Erbrechens. Er weist ferner daraufhin, daß es durchaus als unbewiesen gelten müsse, ob der Tod des Kindes durch das Einstellen der Narkose zu verhüten gewesen wäre.

Weimer berichtet über einen von Prof. Dr. Buhtz, damals Heidelberg, begutachteten Fall, der einen 12jährigen Knaben betraf, der sich nachmittags beim Sturz von der Treppe den linken Arm gebrochen hatte und von seinem Vater sofort in das nahegelegene Krankenhaus gebracht wurde. Noch am selben Abend erfolgte die Einrichtung des Bruches in Narkose. Vor Einleitung der Narkose wurden Herz und Lunge des Patienten untersucht und angeblich vergewisserte sich auch der Operateur über den Füllungszustand des Magens, obwohl der Zeit des Unfalles nach nicht anzunehmen war, daß der Patient schon zu Abend gegessen hatte. Trotzdem kam es während der Narkose zum Erbrechen und durch Aspiration der erbrochenen Massen zum Erstickungstod des Jungen. Die Sektion ergab im Magen die Anwesenheit von Apfelstücken, Beeren, Schalen, Kernen und vereinzelter kleiner Kartoffelstückchen. Die Speiseröhre war vom Mageninhalt vollgestopft und die Luftröhre und die beiden Hauptzweige durch mehrere große Apfelstücke verstopft. Gegen den Operateur wurde vom Vater des verstorbenen Jungen Strafantrag wegen fahrlässiger Tötung gestellt. Die von den beiden Sachverständigen erstatteten Gutachten lehnten eine Fahrlässigkeit des Operateurs ab. Die Frage an den Patienten nach etwaiger vorheriger Nahrungsaufnahme entsprach der ärztlichen Übung. Eine Magenausheberung ist nicht üblich, wenn nicht dringende Anhaltspunkte für eine Füllung des Magens bestehen, was

aber hier nicht der Fall war. Die Frage, ob es zweckmäßig war, die Narkose nach dem ersten Erbrechen ohne weiteres fortzusetzen, beantworteten die beiden Sachverständigen mit dem Hinweis, daß ein zweites Erbrechen nicht verhindert worden wäre, weil gerade mit dem allmählichen Aufwachen erst recht Brechneigung auftritt und dann ebensogut eine Aspiration von Speiseresten erfolgen kann. In der Fortsetzung der Narkose sahen die Sachverstädigen keine Fahrlässigkeit. Auf Grund dieser Gutachten wurde das Verfahren gegen den Arzt eingestellt.

Man ersieht daraus, daß die Frage einer Fahrlässigkeit beim Fortsetzen einer Narkose nach eingetretenem Erbrechen in diesem Falle im Gegensatz zu dem ersten Falle verneint worden ist.

Einen weiteren ähnlichen Fall zitiert Weimer, über den Schmieden berichtet hatte. Es handelte sich um ein Strafverfahren gegen den chirurgischen Assistenten eines Krankenhauses wegen fahrlässiger Tötung, welches in den beiden ersten Instanzen zur Verurteilung des Arztes, in letzter Instanz aber auf das Gutachten Schmiedens hin zur Freisprechung geführt hatte. Bei einem 7jährigen Knaben sollte ein unkomplizierter Ellenbogengelenksbruch vormittags in Narkose eingerichtet werden. Besondere Anweisungen zur Vorbereitung der Narkose wurden in der Annahme, daß die Stationsschwester auf Grund ihrer Erfahrungen über die Notwendigkeit dieser Vorbereitung unterrichtet sei, nicht angegeben. Als zu Beginn der Narkose das Kind feste Massen erbrach, glaubte der Arzt nach sorgfältiger Reinigung durch Vertiefung der Narkose weiteres Erbrechen zu verhüten. Das Erbrechen wiederholte sich aber und führte zum schnellen Tod durch Ersticken. Im Gegensatz zu den beiden ersten Instanzen vertrat Schmieden vor dem Reichsgericht die Ansicht, daß eine erfahrene chirurgische Stationsschwester über die Notwendigkeit einer Narkose und deren Vorbereitung unterrichtet sein müsse, daß es im Operationsbetrieb eines Krankenhauses weder üblich noch notwendig und möglich sei, daß sich der operierende Arzt vor der Narkose jedesmal erkundige, ob ein Patient nüchtern geblieben sei und daß dem beschuldigten Arzt die Überzeugung zuzubilligen sei, durch Vertiefen der Narkose weiteres Erbrechen zu verhüten, da dieses ja gewöhnlich nur zu Beginn und zu Ende der Narkose auftrete. Auch wies Schmieden darauf hin, daß in keiner Weise mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festzustellen sei, daß bei sofortigem Abbrechen der Narkose der Tod vermieden worden wäre.

Daß die Narkose bei gefülltem Magen im allgemeinen gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstößt, wurde weder vom Gericht noch von den Sachverständigen noch von dem Angeklagten bezweifelt. Trotzdem wurde der Arzt entsprechend dem Gutachten Schmiedens in III. Instanz freigesprochen.

Meyer berichtet über einen Todesfall in Äthernarkose durch Aspiration von Erbrochenem gelegentlich einer Zahnextraktion bei einem 9jährigen Knaben. Er steht auf dem Standpunkt, daß der Arzt fahrlässig gehandelt habe, weil er sich vor der Narkose nicht über den Zustand des Magens orientiert habe, sondern sich mit der Feststellung begnügte, daß der Knabe vor 5 Stunden zuletzt gegessen hatte.

Künstliche Ersatzstücke, abnehmbare Brücken, überhaupt jegliche Fremdkörper müssen unbedingt vor der Narkose aus dem Mund entfernt werden. Vergewissert sich der Zahnarzt nicht von dem Vorhandensein solcher Fremdkörper, und bleiben sie bei der Einleitung der Narkose im Munde, so würde im Falle ihrer Aspiration dem Zahnarzt mit Recht Fahrlässigkeit vorgeworfen werden können.

Eine Fahrlässigkeit kann auch dadurch bedingt sein, daß bei Verschlucken oder Aspiration von Fremdkörpern oder Erbrochenem nicht die gebotenen

Maßnahmen von Seiten des Zahnarztes ergriffen werden. Ist der Zahnarzt selbst nicht in der Lage und imstande, den Folgen eines solchen Ereignisses entgegenzutreten, dann muß er unverzüglich dafür Sorge tragen, daß der Patient in eine Klinik transpotiert wird oder ein Chirurg hinzugezogen wird (Ritter-Korn).

Vielfach wird die Frage auftreten, wer für eine Schädigung durch die Narkose verantwortlich sei: Der Operateur oder die Narkoseassistenz. Weimer beantwortet unter Hinweis auf ein Referat von Puppe die Frage dahingehend, daß dies von Fall zu Fall verschieden sein wird. Wenn der Operateur das Narkosemittel und die Art der Narkose bestimmt und wenn nach seiner Angabe die Narkose begonnen wird und die Dosierung des Mittels, dann trägt er auch die Verantwortung. Die Narkoseassistenz ist dafür verantwortlich, wenn sie den Weisungen des Operateurs nicht in gehöriger Weise gefolgt ist und wenn hierdurch Gesundheitsschädigungen und Zwischenfälle entstehen. Ferner ist sie dafür verantwortlich, wenn sie generelle Vorschriften wie z. B. die Revision des Mundes usw. unterläßt, die nicht für den Einzelfall gegeben zu werden brauchen, sondern die ohne weiteres für jede Narkose gelten. Ein Irrtum wäre es aber anzunehmen, daß die Nichthinzuziehung eines zweiten Arztes strafbar sei. Wenn es bei Narkosezwischenfällen mit tödlichem Ausgang nur in den seltensten Fällen möglich ist, eine Fahrlässigkeit des Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen, so liegt das darin begründet, daß bestimmte Vorschriften über Narkotika und ihre Anwendung, die für jeden Fall bindend wären, nicht vorhanden sind. Auch bei der größten Sorgfalt und bei den günstigsten äußeren Verhältnissen sind Todesfälle in der Narkose möglich, für die ein Verschulden des Arztes oder Zahnarztes nicht vorzuliegen braucht. Und selbst wenn der Arzt oder Zahnarzt schuldig am Tode des Patienten wäre, so wird in den meisten Fällen ein Kausalzusammenhang zwischen der Handlungsweise des Arztes oder Zahnarztes und dem erfolgten Tod nur schwer nachzuweisen sein, ohne den eine Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung nicht erfolgen kann.

Es ist die Pflicht des begutachtenden Arztes, voller Verantwortung jeden Fall gewissenhaft zu beurteilen und nicht aus falschverstandener Kollegialität eine erkannte Schuld zu bemänteln. Nur so kann er das sein, was er als Gutachter sein soll: Der Gehilfe des Richters bei der Erforschung der Wahrheit.

Zum Schlusse danke ich bestens Herrn Prof. Dr. Buhtz für die freundliche Überlassung der Arbeit und für die Ratschläge bei der Abfassung derselben.

Schrifttum.

Amoedo, O.: Die Zahnheilkunde in der gerichtlichen Medizin. Übersetzt aus dem Französischen von G. Port, **1900**.

Blattmann: Kieferbrüche, Statistik unter besonderer Berücksichtigung der Frakturen bei Zahnextraktionen. Inaug. Diss. München **1934**.

Braun, A.: Kunstfehler, Fahrlässigkeit und übler Zufall rechtlich und praktisch dargestellt. Inaug. Diss. Erlangen **1935**.

Bruy: Abgebrochene Instrumente in den Wurzelkanälen. Deutsche Zahnheilk., H. 48, **1921**.

Dettmann, H.: Die Kunstfehler in der konservierenden Zahnheilkunde unter besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zu den üblen Zufällen und ihrer forensischen Bedeutung. Inaug. Diss. Erlangen. **1929**.

Eicken, A. von: Über Aspiration von Zahnwurzelnadeln und ihre Verhütung. Mschr. f. Ohrenheilk. **1931**, H. 65, 1384.

Ebermayer, Lobe, Rosenberg: Strafgesetzbuch Leipziger Kommentar, 4. Aufl., S. 38.

Ebermeyer, L.: Die zivil- und strafrechtliche Haftung des Arztes für Kunstfehler und das ärztliche Operationsrecht. In „Fehler und Gefahren bei chirurgischen Operationen" von R. Stich und M. Makkas, 2. Aufl. **1932**, S. 1077.

Fischer, G.: Die lokale Anästhesie in der Zahnheilkunde. 4. Aufl., **1930**.

Ganz und Wessely: Wien. Med. Wsch. **1925**, 2384 (Vortrag).

Goldberger, P.: Forensische Bedeutung der Frakturen von Injektionsnadeln. Z. Stomat. **1931**, 230.

Goldhahn, R. und Hartmann, W.: Chirurgie und Recht, Stuttgart **1937**.

Hoenig, H.: Über Nadelbruch bei Mandibularanästhesie. Dtsch. zahnärztl. Wschr. **1931**, 395.

Hoßfeld, G.: Kieferverletzungen nach Zahnextraktionen und ihre schadensrechtliche Bedeutung. Inaug. Diss. München **1937**.

Junghans: Gasbrand durch Einspritzen von Arzneimitteln. D. m. W. **1933**, 850.

Jungmichel, G., Kirschner, M. u. Habs, H.: Gasbrandinfektion nach Injektion. M. m. W. **1938**, 125.

Kerpel, E.: Die technisch-mechanischen Ursachen der Nadelfrakturen. Z. Stomat. **1931**, 395.

Knorr, M.: Punktion, Injektion, Infektion. M. m. W., **1932**, 1599.

König, F. F.: Geschichte und Begriff des Kunstfehlers. Dtsch. Z. gerichtl. Med., Orig. **20**, 161, (1933).
Lincke: Ein Kunstfehler bei der Behandlung eines Zahnes. Zahnärztl. M. **1914**, H 5.
Meier, L.: Handbuch der zahnärztlichen Rechtskunde **1921**.
Meixner, J.: Kieferbrüche als Folge von Zahnextraktionen. Inaug. Diss. München **1937**.
Meyer: Über einen Todesfall in Äthernarkose und im Ätherrausch. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **7**, 461, **1926**.
Neumann, R.: Über das Abbrechen der Injektionsnadel bei Mandibularanästhesie. Korresp. bl. f. Zahnärzte **1931**, 1.
Ohle, K.: Über das Verschlucken und Aspirieren zahnärztlicher Gegenstände. Inaug. Diss. Göttingen. **1935**.
Parreidt: Perforation der Zahnwurzeln und ihre Behandlung. Dtsch. Mschr. Zahnheilk. **1903**, 277.
Poeschl, K.: Narkose in der Zahnheilkunde. Inaug. Diss. München **1937**.
Port: Verletzungen und Gesundheitsschädigungen gelegentlich der zahnärztlichen Behandlung. Handb. der ärztl. Sachverständigentätigk. von P. Dittrich, Bd. 4, **1911**.
Port-Euler: Lehrbuch der Zahnheilkunde, 5. Aufl., **1934**. S. 351, 331, 367.
Puppe: Deutsche Mediz. Wochenschrift. **1922**, H. 6.
Ritter, P.: Lehrbuch der Mundkrankheiten, 2. Aufl., **1901**.
Ritter, P. und Korn, A.: Deutsches Zahnärzterecht für Zahnärzte, Ärzte und Juristen. 2. Aufl., **1930**.
Schmidt, E.: Der Arzt im Strafrecht. Leipziger rechtswissenschaftliche Studien H. 116 (**1939**).
Schmieden, V. u. Peiper, H. Operationen am Kopf in „Fehler und Gefahren bei chirurgischen Operationen" von R. Stich und M. Makkas. 2. Aufl. **1920**, S. 1.
Schumacher: Belassung einer abgebrochenen Nervnadel im Wurzelkanal. Zahnärztl. Rdsch. **1931**, 2244.
Stenger: Rechtliche Erwägungen über Fälle aus der zahnärztlichen Praxis. Dtsch. Zahnärztl. Wschr. **1935**, H. 7.
Szèkely: Während der zahnärztlichen Behandlung verschluckte oder aspirierte Fremdkörper. Korrbl. f. Zahnärzte **1928**, H. 1 u. H. 3
Volk. K.: Zahnextraktionen und deren Komplikationen. Inaug. Diss. Freiburg i. Br. **1934**.
Volz, K.: Kunstfehler in der Zahnheilkunde. Inaug. Diss. Heidelberg **1936**.
Wanke, R.: Der Gasbrand im Frieden, insonderheit nach Injektionen von Medikamenten. Dtsch. Z. Chir. 299, 214 (**1926**).
Waßmund: Die pyogenen Erkrankungen der submaxillaren und sublingualen Speicheldrüsen. Dtsch. zahnärztl. Wschr. **1936**, H. 3.
Weimer, H.: Narkosetodesfälle mit gerichtlichem Nachspiel. Inaug. Diss. Heidelberg. **1936**.
Wiedemann, A.: Haftpflicht in der zahnärztlichen Praxis. Inaug. Diss. Berlin **1930**.
Williger: Fehler in der Injektionstechnik und ihre Folgen. Dtsch. Mschr. Zahnheilk. **1912**, 729.
Wirth, A.: Über Nadelfrakturen in der konservierenden Zahnheilkunde. Inaug. Diss. München **1937**.
Zeißler, J.: Zur Frage der Sterilität von Injektionslösungen. M. m. W., **1939**, 251.

Lebenslauf.

Am 31. August 1910 wurde ich, Edgar Wolko, in Orzegow, Kreis Beuthen, (Oberschl.) geboren.Mit dem Studium der Zahnmedizin begann ich im Jahre 1934 an der Universität Breslau, wo ich auch nach drei Semestern das Physikum und im Jahre 1938 das Staatsexamen ablegte. Bis zu meiner Einziehung im Juni 1939 war ich als Assistent tätig; seitdem bin ich bei der Truppe und machte die Feldzüge gegen Polen, Belgien und Frankreich mit.